Nr. 21. 26. maja 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Do obywateli Rzeczypospolitej!

PIERWSZY MARSZAŁEK POLSKI
JÓZEF PIŁSUDSKI
życie zakończył.

Wielkim trudem swego życia budował siły w narodzie. Genjuszem umysłu, twardym wysiłkiem woli Państwo wskrzesił. Prowadził je ku odrodzeniu mocy własnej, ku wyzwoleniu sił, na których przyszłe losy Polski się oprą. Za ogrom Jego pracy danem mu było oglądać Państwo nasze jako twór żywy, do życia zdolny, do życia przygotowany i armję naszą, sławą zwycięskich sztandarów okrytą.

Ten największy na przestrzeni całej naszej historji człowiek, z głębi dziejów minionych moc swego ducha czerpał i nadludzkiem wytężeniem myśli drogi przyszłe odgadywał. Nie Siebie tam już widział, bo dawno odczuwał, że siły Jego fizyczne ostatnie posunięcia znaczą. Szukał i do samodzielnej pracy zaprawiał ludzi, na których ciężar odpowiedzialności skolei miałby spocząć. Przekazał narodowi dziedzictwo myśli, o honor i potęgę Państwa dbałej. Ten jego testament nam żyjącym przekazany, przyjąć i udźwignąć mamy.

Niech żałoba i ból pogłębią w nas zrozumienie naszej, całego narodu odpowiedzialności przed Jego duchem i przed przyszłemi pokoleniami.

Warszawa Zamek, dnia 12. maja 1935.

(—) Prezydent Rzeczypospolitej
Ignacy Mościcki

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Bilans medycyny za półtrzecia tysiąca lat.

Wykład w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Autorowie podręczników i dzieł, obejmujących całość historji medycyny, zazwyczaj nie piszą ostatniego rozdziału i nie robią ostatecznego bilansu, któryby krótko zestawiał pozycje czynne medycyny, a także może i bierne, jeżeli takie istnieją. Oczywiście, jest zawsze jakiś rozdział ostatni w znaczeniu drukarsko-technicznem, ale prawie zawsze brak jest ostatniego rozdziału w znaczeniu autorskiem, w znaczeniu syntetycznem. Taki rozdział jest trudny, a nadmiar materjału historycznego nie ułatwia zadania. A jednak taki rozdział jest potrzebny i nasuwa się sam przez się każdemu, kto dłuższy czas wykładał historję medycyny lub nawet kto uważnie przeczytał jakąś historję medycyny. Każdy, dobiegłszy do końca, musi zadać sobie pytanie: więc cóż z tego? jakie ostateczne wnioski należy wyprowadzić z dziejów medycyny i czego nas uczy historja medycyny? I nawet zauważyć tu trzeba, że o ile autorowie unikają wniosków ogólnych, a przynajmniej wyraźnie ich nie formułują, o tyle czytelnicy nieraz sami pewne wnioski wyprowadzają i wygłaszają je czasem w sposób mniej lub więcej efektowny. Tak niektórzy po przeczytaniu historji medycyny wpadają w zadumę i powiadają krótko: wszystko już było; mówimy dziś o konstytucji, ale o niej uczył już Hippokrates; wracamy do patologji humoralnej, ale ona już przed prawiekami była podstawą medycyny; dumni jesteśmy dzisiaj z naszych metod uodporniania np. przeciwko ukąszeniom żmii, ale przecież od tysięcy lat robią to samo Kafrowie, u których specjaliści produkują niweczniki jadów we własnem ciele.

Zresztą, nie każdy czytelnik po przeczytaniu historji medycyny powtórzy słowa Epikura: wszystko to już było. To zależy poniekąd od specjalności czytelnika. Chirurg, położnik nie będzie skłonny do lekceważenia olbrzymich postępów, jakie medycyna zrobiła w ostatnich stuleciach. Gdy położnik sobie przypomni, jak to dawniej położnice nawet w rodzinach panujących marły pod opieką babek; gdy sobie uprzytomni, że kleszcze porodowe zostały wynalezione dopiero paręset lat temu; gdy przeczyta, że jeszcze w latach 50-tych ubiegłego wieku tysiące kobiet umierało pod opieką lekarską, a raczej wskutek opieki lekarskiej na gorączkę połogową: wtedy takiego czytelnika niechybnie ogarnie obrzydzenie i nie będzie mógł patrzeć na karty historji medycyny inaczej, jak z politowaniem.

Ale wyobrażam sobie także, że ci lekarze, którzy nie lubią pospiesznych wniosków, mogliby się zwrócić do zawodowego historyka medycyny i zapytać go się: więc cóż z tego? Mieliby prawo żądać od historji medycyny przedstawienia nietylko tysiącznych szczegółów i szczególików, któremi historjografja medyczna jest tak strasznie przeładowana, ale także ujęcia syntetycznego, t. j. ogólnego bilansu.

Istotnie, wykładając pełny kurs historji medycyny kilkanaście lat i kończąc obecnie druk trzeciej i ostatniej części podręcznika tego przedmiotu, musiałem sam sobie zadawać i wielokrotnie sobie zadawałem pytanie, czego nas uczy i co nam podaje wogóle jeden krótki rzut oka na całość historji medycyny. W ten sposób przechodzę do tematu mego dzisiejszego wykładu. Muszę jednak odrazu zaznaczyć, że Szanowni Państwo, którzy słyszeli w tej sali tyle wykładów ścisłych, opartych na dokładnych eksperymentach, obserwacjach, pomiarach, ilustrowanych ściślemi wykresami, — dzisiaj nie usłyszą nic równie ścisłego. Syntetyczny rzut oka na dzieje medycyny nie może być już z samej natury rzeczy ani ścisły, ani ściśle umotywowany. Bilans, jaki Państwu przedstawię, będzie bilansem idei; cyfr będzie zawierał mało.

* * *

Przeglądając krótko postępy medycyny, możemy nasamprzód mówić o rozwoju nauk teoretycznych. Pod tym względem sprawa przedstawia się jasno i łatwo się wszyscy zgodzą na jedno, mianowicie, że umysł ludzki w ciągu dziejów dokonał olbrzymiego dzieła. Znajomość anatomji człowieka, makroskopowej i mikroskopowej, znajomość fizjologji i chemji ustroju są dzisiaj nieskończenie wyższe, niż były kiedykolwiek w zaraniu dziejów ludzkości. Znajomość anatomji jest głównie dziełem epoki aleksandryjskiej, a później czasów nowożytnych, od XVI wieku począwszy. Dzisiaj anatomja makroskopowa człowieka jest właściwie nauką skończoną, o ile się nie przenosi na pogranicze antropologji, anatomji porównawczej lub patologji. Fizjologja i chemja powstały przeważnie w wieku XIX. Wprawdzie, jeśli wziąć wszystko razem, jest jeszcze bardzo daleko do „astronomicznej" znajomości budowy człowieka, o której mówił du Bois-Reymond pół wieku temu, ale w każdym razie część drogi, może 1/3, może 1/4 została już zrobiona. Mniejsze postępy zrobiła patogenetyka chorób, ale i tutaj olbrzymi rozwój anatomji patologicznej, a zwłaszcza powstanie nowej nauki, bakterjologji, w wieku XIX dało możność gruntownego poznania wielu rzeczy, do tej pory zupełnie ciemnych i niepojętych.

W medycynie praktycznej od paruset lat staramy się operować cyframi, mamy statystykę śmiertelności, chorobowości, wyników operacyj, szczepień ochronnych, leczniczych i t. p. Mając różne cyfry do dyspozycji, nie mamy jednak właściwego miernika biegłości medycyny wogóle, miernika, któryby można było zastosować w różnych epokach i w ten sposób otrzymać obraz postępu. Taki miernik bardzoby się przydał, gdyż bez niego trudno 2 epoki porównywać i trudno się nawet porozumieć. Używając przysłówków „mniej", „lepiej", „sprawniej", „bieglej", „gorzej", wyrażamy nasze myśli w sposób niezmiernie mglisty. Ktoś może mieć przekonanie, że biegłość dzisiejszej medycyny jest większa, niż w starożytności. Ale tu zaraz nasunęłoby się pytanie, o ile ma być większa: 5 razy, 10 razy, a może 1.000 razy, a może tylko 2 razy? Gdybym się ośmielił, pomimo oczywistych trudności, użyć jakiegoś miernika, mógłbym chyba mówić o sprawności medycyny i próbować ją wyrażać w przybliżonych cyfrach, zgóry jednak rezygnując oczywiście z wszelkiej ścisłości. Możnaby się umówić, że „sprawnością" medycyny nazwiemy to wszystko, czego medycyna potrafi w zakresie zawodu lekarskiego dokonać: więc przedewszystkiem leczenie chorób, zapobieganie chorobom, przedłużanie życia, usuwanie bólu i t. d., słowem, mniejwięcej to wszystko, co stanowiło i stanowi zawsze treść działalności lekarza-praktyka. Jeżeli sobie wyobrazimy maksymum sprawności medycyny, jaka wogóle jest osiągalna w granicach zdolności naszego rozumu i jaka kiedykolwiek będzie osiągnięta i jeżeli tę maksymalną sprawność oznaczymy liczbą 100, to możemy teraz mniejszemi liczbami, stosując metodę przybliżonego szacowania, próbować oznaczać sprawność medycyny w rozmaitych okresach historji i wtedy otrzymamy krzywą. Przedstawiłem ją i szczegółowo omówiłem niedawno w mojej Historji medycyny [1]).

Przy wyborze środków leczniczych walczą ze sobą o pierwszeństwo dwa sposoby myślenia: empiryzm i racjonalizm. Empiryzm zbiera fakty, gołe fakty, np. czy po zastosowaniu tego leku ta choroba ustąpiła, nie szuka przyczyny choroby, odrzuca teorję. Wzbogaca praktykę, ale łatwo wpada w błędne wnioskowanie: *post hoc, ergo propter hoc.* Racjonalizm natomiast rozumuje: bada wszystko, szuka przyczyny choroby, buduje teorję i z teorji wysnuwa wskazania lecznicze. Racjonalizm wzbogaca naukę, ale łatwo wpada w doktrynerstwo.

Czysta empirja jest ślepa. Występuje ona w grubszych zarysach wszędzie w zaraniu medycyny. W postaci więcej uporządkowanej mamy ją w Grecji w szkole empiryków, którzy opierali się na spostrzeżeniach własnych, spostrzeżeniach cudzych oraz na wnioskach przez analogię. Odrzucając teorję, starożytni empirycy mieli o tyle słuszność, że ówczesne teorje zanadto były jeszcze dowolne, nie opierały się na badaniu eksperymentalnem, lecz były przeważnie wyspekulowane. W czasach nowożytnych uporządkowany empiryzm staje się metodą indukcyjną, którą mamy w XVII wieku u Bacona Werulamskiego, a w XIX wieku u Johna Stuarta Milla. Poprawna indukcja już uprawnia do korzystania z teorji. W ten sposób nowożytny empiryzm, jakkolwiek w ostatniej instancji odwołuje się zawsze do faktu wyzdrowienia, poprawy czy pogorszenia (po zastosowaniu leku), to jednak korzysta on już z teorji, czyli staje się racjonalistycznym.

Racjonalizm w skrajnej postaci występuje w dziejach dwukrotnie. Raz w wiekach średnich, gdy uzasadniano matematycznie, ile jest w chorym ciepła, zimna, suchości lub wilgoci i ile trzeba tych samych jakości, w myśl zasady *contraria contrariis,* podać w lekarstwach. Scholastyka średniowieczna szukała norm ogólnych i nie interesowała się indywidualnemi odchyleniami od normy u poszczególnych chorych. Była więc zaprzeczeniem empiryzmu, dla którego miała pełną pogardę, utożsamiając go z nieuctwem.

Po raz drugi skrajny racjonalizm wystąpił 100 lat temu pod wpływem haseł pozytywizmu Comte'a oraz pod wpływem olbrzymich w owym czasie postępów przyrodoznawstwa i medycyny, zwłaszcza fizjologji i anatomji patologicznej. W medycynie kierownicze stanowisko w owym czasie zajmowali Magendie, Johannes Müller, Rokitansky, Skoda. Najdosadniejszym wyrazem tych poglądów była praca z r. 1845,

[1]) Cz. III. Medycyna nowożytna, 1935. Str. 640. Geb. i Wolff.

zwana przez niemieckich autorów manifestem szkoły wiedeńskiej, a napisana przez Józefa Dietla, który w owym czasie w najlepsze pracował na terenie Wiednia. Medycyna — mówi Dietl — jest nauką przyrodniczą i ma na celu wszechstronne poznanie człowieka. Lekarzowi, zdaniem Dietla, nie można zrobić zarzutu, jeżeli choroby nie umie leczyć, można mu zrobić poważny zarzut tylko wtedy, gdy choroby nie umie zbadać. Należy odrzucić wszystkie dotychczasowe środki empiryczne, które nie mają żadnej wartości i stosować to tylko, co jest naukowo uzasadnione. A że narazie metod leczniczych naukowo uzasadnionych prawie niema, najlepiej nic nie robić, lecz wszystko zostawić leczniczemu działaniu natury.

To skrajne racjonalistyczne i hipernaukowe stanowisko szkoły wiedeńskiej natrafiło niebawem na protesty. Pierwszy Rudolf Virchow w r. 1848, mając dopiero 27 lat, wystąpił przeciwko wiedeńskiej szkole, nazywając medycynę racjonalistyczną medycyną „rezonującą". Wykazywał, że jej przedstawiciele nie znają historji i że zapomnieli, co znaczy medycyna. Sam ten wyraz bowiem już wskazuje, że nie hipernaukowe badanie choroby jest jej celem, lecz udzielenie choremu pomocy [2]).

Dalszy rozwój medycyny poszedł z jednej strony w kierunku ściśle naukowym, do czego się niemało przyczyniły również i prace samego Virchowa, z drugiej w kierunku praktycznym. Wielu klinicystów, jak Trousseau, jakkolwiek w całej pełni korzystali z tego, co podawała nauka, to jednak wyraźnie zaznaczali, że ich terapja opiera się na empiryzmie. Empiryzm, dobrze zrozumiany, jest doświadczeniem w najszerszem tego słowa znaczeniu i jest podstawą prawdziwej praktyki; innemi słowy, medycyna wychodzi z pewnej teorji, ale pyta się również przy łóżku chorego, czy dane leczenie pomaga. W ten sposób racjonalizm, stając się empirycznym, zbliżył się do empiryzmu racjonalistycznego i pierwotne skrajne przeciwieństwo racjonalizmu i empiryzmu zostało znacznie złagodzone, a może nawet nieraz zupełnie usunięte. Możnaby nawet prawie mówić o zupełnem wyrównaniu różnicy między dwoma skrajnemi stanowiskami, gdyby nie to, że ten sam konflikt budzi się od czasu do czasu z nieprzepartą siłą w umyśle corazto nowych pokoleń lekarskich.

Wybitnie się zaznacza w ciągu dziejów rola medycyny w sporze dwóch kierunków filozoficzno-biologicznych: z nich jeden to mechanistyczny materjalizm i determinizm; drugi — teleologiczny indeterminizm i witalizm wraz z całą skalą możliwych przejść od spirytualizmu przez witalizm do t. zw. obecnie holizmu. Medycyna grała w tym sporze rolę podwójną: z jednej strony podsycała go, dostarczając argumentów temu lub tamtemu obozowi: z drugiej strony sama czerpała z nauki tego lub owego obozu i przez to występowała w praktyce raz bardziej energicznie, raz bardziej wyczekująco.

Hippokratyzm jest cały nastawiony teleologicznie: chorobę leczy sama natura chorego, która działa celowo, a lekarz winien naturę tylko podpatrywać i jej pomagać. Stąd terapja Hippokratesa jest ekspektatywna i kunktatorska. Wręcz odwrotnie postępują przeciwnicy Hippokratesa metodycy, którzy się opierają na filozofji mechanistycznej Demokryta: ciało jest tutaj jedynie mechanicznym układem atomów, natura chorego nie ma znaczenia, ponieważ tylko szkodzi; lekarz winien ją szybko opanować, stosując niezawodne, zdaniem metodyków, zabiegi (*cito, tuto...*).

Poglądy teleologiczne, dzięki Arystotelesowi, stoikom, a z lekarzy najwięcej Galenowi, zdobyły w nauce o człowieku w starożytności zupełną przewagę i to na długie wieki, gdyż na całe średniowiecze. Według tych poglądów w człowieku jest wszystko zbudowane i urządzone najzupełniej celowo.

W epoce nowożytnej pod wpływem nowej nauki, mechaniki, powstaje znowu mechanistyczny pogląd na budowę ciała ludzkiego. Stworzył ten pogląd Kartezjusz, dla którego ciało jest maszyną, a różnica między ciałem żywem a martwem jest taka sama, jak między zegarkiem chodzącym a zepsutym. Pod wpływem filozofji Kartezjusza, a później także Spinozy, medycyna zaczyna się odzwyczajać od nastawienia teleologicznego, uświęconego wiekami, lekarze zaś ze szkoły jatromechaników i jatrofizyków próbują wprowadzić do lecznictwa metody mechaniczne i fizyczne.

Ale w tym czasie pogląd mechanistyczny ma jeszcze bardzo silnych przeciwników, nietylko dlatego, że pogląd przeciwny, teleologiczny, panował niepodzielnie od kilkunastu stuleci, ale także dlatego, że w wieku XVI i XVII nabiera znaczenia autorytet Paracelsa i van Helmonta, którzy twierdzili, że w człowieku istnieje archeusz, duch kierowniczy, wewnętrzny alchemik, który zarządza czynnościami ciała. Jego to trzeba wzmacniać, a resztę on sam zrobi. Ten czynnik w zasadzie podobny był do dawnej *physis* Hippokratesa, ale Paracels wyobrażał go sobie bardziej spirytualistycznie. Jeszcze dalej w tym samym kierunku spirytualistycznym poszedł Stahl, który archeusza utożsamił z duszą. Mniej natomiast spirytualistycznie byli nastawieni lekarze w Montpellier, którzy zbliżali się do Hippokratesa i mówili o sile życiowej. Obóz witalistów i spirytualistów znalazł w XVII i XVIII wieku silne oparcie w filozofji Leibniza, który wprawdzie uznawał zdobycze nowożytnej mechaniki i mechanistycznej fizjologji, sądził jednak, że reformatorowie z obozu mechanistycznego poszli za daleko. Nauka twórcy nowożytnej fizjologji Hallera, który uczył, że istoty żywe w przeciwieństwie do martwych posiadają cechy czułości i drażliwości, potwierdzała eksperymentalnie to, co mówili witaliści.

Medycyna praktyczna witalistów (łącznie ze spirytualistami) miała pewne odrębne cechy, które ich odróżniały od mechanistów. Witaliści zalecali środki, które ogólnie wzmacniały organizm, podnosili odporność ustroju, wierzyli, że sama natura chorego najlepiej zwalczy chorobę, unikali energicznych zabiegów. Mechaniści wieku XVIII starali się postępować przeciwnie. Ale ich głos i ich stanowisko naukowe nabrało wielkiego znaczenia dopiero w wieku XIX, gdy poglądem najbardziej rozpowszechnionym wśród lekarzy i przyrodników stał się materjalizm.

Olbrzymi postęp nauk przyrodniczych i lekarskich, jaki się dokonał w tym czasie, sprawił, że pogląd przyrodniczo-lekarski przenikał i do filozofji: chemja poza cząsteczkami i atomami nie wykrywała w człowieku nic więcej, anatomja wykazywała wszędzie tylko ciało i twory materjalne, psychjatrja oświadczała, że się najzupełniej obywa bez hipotezy duszy. W ten sposób materjalizm stawał się poglądem, zdawało się, zupełnie pewnym i na zawsze ugruntowanym. Gdy Virchow nadto powiedział, że niema chorób ogólnych, lecz są jedynie choroby komórek i narządów, wszystkie dawne metody lecznicze ogólne witalistów zostały zarzucone, a na ich miejscu poczęły się rozwijać metody lokalne, chirurgiczne, materjalne, farmakologiczne, przyczem powstały liczne specjalności w medycynie.

Jednakże w nauce niema dogmatów. Jakkolwiek teorja materjalistyczna wielu przyrodnikom i lekarzom wydawała się dotąd zupełnie pewną, to jednak niebrak dowodów, że czysty dawny materjalizm z połowy XIX wieku został już przezwyciężony. Już du Bois-Reymond wykazywał, że istota materji i ruchu oraz powstanie czucia zmysłowego w naszej świadomości są to wieczne zagadki, których umysł ludzki nigdy nie rozwiąże. O tych to dwóch zagadkach powiedział du Bois-Reymond: *ignorabimus*. Gdy w wieku XX chemja fizyczna wykazała, że atom ostatecznie składa się z elektronów, dawny materjalizm został właściwie bez materji. W dziedzinie praktyki lekarskiej także mamy poglądy, wykazujące braki tej medycyny, która uznaje jedynie działanie materjalne. Najbardziej pocztynym krzewicielem nowych poglądów jest lekarz gdański Erwin Liek, który wykazuje olbrzymie znaczenie wpływu psychicznego, jaki lekarz może wywierać na chorego. Powiada on, powtarzając zdanie, jak mówi, „doświadczonych klinicystów", że 80% przepisywanych leków działa nie materjalnie, lecz psychicznie; a nawet znaczny procent operacyj chirurgicznych, jego zdaniem, (on sam *) jest chirurgiem), działa na chorych wyłącznie sugestywnie. W jednem z ostatnich pism swoich powiada Liek wyraźnie, że w wielu chorobach, nie we wszystkich, ale w wielu, w leczeniu chodzi ostatecznie jedynie o to, ażeby w jakikolwiek sposób pobudzić, „zmobilizować" wewnętrznego kierownika, *„den inneren Schöpfer, den leitenden Ingenieur des lebenden Organismus irgendwie zu mobilisieren"*, a więc pogląd, przypominający poniekąd *physis* Hippokratesa, archeusza Paracelsa i van Helmonta i siłę życiową witalistów.

W ten sposób, gdybyśmy chcieli zreasumować wyniki wiekowego sporu między mechanistycznym materjalizmem a teleologicznym witalizmem, musielibyśmy skromnie przyznać, że po 25 stuleciach mozolnej pracy ludzkość znalazła się mniejwięcej tam, gdzie już była za czasów Hippokratesa. Duboisreymondowskie *ignorabimus* zdaje się istotnie ciążyć nad tą zagadką. Postęp w tej dziedzinie polega nie na ostatecznem rozwiązywaniu samej zagadki, co rzeczywiście, być może, jest niemożliwe, lecz na corazto lepszem precyzowaniu tematu i na ograniczaniu różnych rozwiązań do różnych działów medycyny.

Jedną z ostatnich prób rozwiązania problemu jest t. zw. holizm (Smuts i Meyer [3])), który chce być syntezą poglądu mechanistycznego i witalistycznego. Według tego poglądu mecha-

[2]) Wyraz „medycyna", pochodzi z łacińskiego „medeor" i dalej z greckiego $\mu\dot{\eta}\delta o\mu\alpha\iota$ co znaczy: mam staranie, leczę.

*) Liek zmarł przed paru tygodniami (przyp. w korekcie).

[3]) Meyer: Das Organische und seine Ideologien. Sudhoffs Archiv, 1934. Bd. 27.

nika i przyczynowy determinizm obowiązują w ustrojach żywych, ale w pewnych razach ustroje te posiadają swoistą cechę, mianowicie, występują jako całość, jako zamknięte w sobie jednostki. Np. kot, spadający z drzewa, podlega prawom mechaniki, ale równocześnie spadając, zawsze tak się obróci, że spadnie na łapki. Utrzymanie całości ustroju w całości jest celem wielu zjawisk biologicznych, wskutek czego holizm jest koncepcją teleologiczną, podobną do witalizmu.

Rozpatrując dalej dziejową rolę medycyny, musimy wymienić niezmiernie doniosłe jej znaczenie, zwłaszcza od XIX wieku, przy wymiarze sprawiedliwości. Powstaje osobna nauka lekarska, medycyna sądowa, mająca na celu zastosowanie wiedzy lekarskiej do potrzeb sądowych. Powstaje dalej olbrzymi dział medycyny społecznej, który w nowoczesnym ustroju społecznym odgrywa rolę coraz donioślejszą. To są rzeczy tak powszechnie wiadome, że nie mam potrzeby dłużej się nad niemi tutaj zastanawiać. Wymienię tylko z działu higjeny i profilaktyki czynnik cywilizacyjny, niesłychanie doniosły, który może nie zawsze jest należycie oceniany, zwłaszcza przez osoby, nieprzyzwyczajone do historycznego myślenia. Mam tutaj na myśli powszechny wymagalnik czystości, który jest cechą dzisiejszej kultury. Medycyna przekonała ludzkość XIX wieku, że brud i niechlujstwo są niewyczerpanem źródłem chorób, które w dawnych wiekach, jak pożar, ogarniały całe kraje. Dzisiejszy wygląd człowieka kulturalnego, wygląd naszych mieszkań i naszych miast ogromnie się zmienił w ciągu ostatnich 100 lat, dzięki właśnie medycynie i poglądom przez nią szerzonym.

Drugą dziedziną, w której wybitnie się zaznaczył wpływ uświadamiający medycyny, jest demonologja dawnych wieków, która 300—400 lat temu tak strasznie jeszcze ciążyła na życiu prywatnem i publicznem w wielu krajach Europy. W tych rzeczach tak znacznie już dziś odbiegliśmy od owych czasów, że obrazy, jakie nam podaje historja, dawnego palenia czarownic, dawnego opętania, dawnych epidemij klasztornych, wydają nam się dzisiaj prawie czemś nieprawdopodobnem. Zasługa, że poglądy tak radykalnie się zmieniły, przypada w znacznej części znowu medycynie, która wykazała, że podłożem tak częstego niegdyś opętania była przeważnie choroba, zwana histerją.

Zaznaczając rolę, jaką odegrała choroba histerja w dziejach ludzkości, znaleźliśmy się na nowym terenie, na terenie t. zw. historji medycznej. Ten dział nauki powstał dopiero wtedy, gdy się rozwinęła należycie diagnostyka, więc przeważnie dopiero w XIX wieku. W ogólnym bilansie medycyny ten dział zajmuje poważną pozycję. Medycyna tutaj rzuca właściwe światło naukowe na wiele spraw w historji, które do tej pory wyglądały inaczej, nieraz prawie fałszywie. Dla przykładu przytoczę niektóre szczegóły, wydobyte niedawno z historji przez lekarzy francuskich. Np. w historji VII wieku po Chr. było do tej pory niezupełnie jasnem, dlaczego cesarz bizantyński Herakljusz, pobiwszy Persów na głowę i zdobywszy prawie całą Azję Mniejszą, tak szybko potem utracił zdobyte kraje. Historycy, jak zawsze, doszukiwali się przyczyn strategicznych, społecznych, politycznych. Tymczasem najlepsze wyjaśnienie daje medycyna, wykazując, że Herakljusz był cyklotymikiem, który w fazie podniecenia wygrał wojnę, a w fazie depresji ją przegrał. Laignel-Lavastine podaje znamienny w okresie depresji objaw talassofobji u Herakljusza, który tak dalece bał się morza, iż zdecydował się na powrót do Bizancjum dopiero wtedy, gdy mu zbudowano most z okrętów zaopatrzonych po bokach szpalerem z gałęzi. W podobny sposób Laignel-Lavastine wykazał u Dantona, jednego z przywódców rewolucji francuskiej, również cyklotymię: około 12 następujących po sobie okresów podniecenia i przygnębienia, co oczywiście wysoce się odbijało na całej jego działalności.

W panowaniu i wojnach Napoleona lekarze usiłują tak samo wprowadzić analizę lekarską, przyczem jedni, jak Cabanès, uważają, że przyczyną klęsk Napoleona była daleko posunięta skaza moczanowa i zbyt skąpa diureza, która występowała napadowo, zwłaszcza pod działaniem zimna, inni zaś, jak Krogius, sądzą, że stan Napoleona da się określić jako *dystrophia adiposogenitalis* i *hypopituitarismus*, w następstwie czego cesarz miewał okresy apatji i odrętwienia. Są, zresztą, i inne hipotezy, które pomijam.

Przykładów takich analiz lekarskich mogłaby historja medyczna dostarczyć dzisiaj bardzo wiele z życia królów, cesarzy, wodzów i polityków. Ale w ogólnym bilansie, jaki robimy, to jest już niepotrzebne. Zaznaczę tylko z dziedziny pokrewnej, że taką samą rolę spełnia medycyna w historji literatury, historji sztuki, historji filozofji. Lekarze zupełnie słusznie zarzucają np. historykom literatury, że w życiorysach wybitnych pisarzy i artystów uwzględniają zawsze szczegółowo wpływ otoczenia, szkoły, kolegów, lektury, dzielnicy, tylko prawie nigdy się nie mówi o wpływie ich zdrowia lub niezdrowia na ich twórczość. Zaznaczyć trzeba nawet to, co się wyczuwa niekiedy w rozmowach z historykami, albo co się nawet czyta w ich pracach, że mianowicie, zarówno historycy powszechni, jak historycy literatury nie lubią, gdy medycyna oświetla po lekarsku ich bohaterów. Tego rodzaju czynność uważają historycy niekiedy prawie za profanację różnych wielkości i świętości. Przy bilansowaniu medycyny mogłaby tu nawet wystąpić różnica zdań między lekarzami a historykami: gdy bowiem pierwsi będą uważali historję medyczną przeważnie za pozycję czynną w ogólnym bilansie, to historycy będą skłonni uważać ją za ujemną, bierną. Genjuszów chcieliby historycy mieć jaknajwięcej; chorych, obłąkanych jaknajmniej. Ale tu występuje ta wielka trudność biologiczna i psychologiczna, ten problem Lombrosa: genjusz czy obłąkanie? Wiadomo bowiem, że te dwa stany chodzą ze sobą niekiedy w parze.

Omówiliśmy krótko historję medyczną i zaznaczyliśmy, że mogłyby czasem powstać wątpliwości, czy działalność medycyny jest tutaj zawsze dodatnią. Może ludzkość naprawdę potrzebuje złudzeń? Może zdzieranie zasłony i nadmierne uświadamianie nie wychodzi ludzkości na dobre? Rzeczywiście, zdaje się, tak jest istotnie. Są jeszcze i inne dziedziny, w których nadmierne uświadamianie nie daje dobrych wyników. Jeśli zadaniem medycyny jest walka z chorobą, tępienie wogóle chorób i szerzenie samego tylko zdrowia, to musimy przyznać, że to zadanie niedobrze jest spełnione, jeżeli medycyna przyczynia się do szerzenia stanów patologicznych. Mam tutaj na myśli tę grupę chorób, która w literaturze nosi nazwę chorób jatrogenetycznych, t. j. chorób wywołanych nieopatrznie przez samą medycynę. Historyk musi schylić czoło przed olbrzymiemi postępami diagnostyki w wieku XIX i XX, ale sprawdza się tu przysłowie, że „za dobrze jest gorzej, niż dobrze". Za dobra diagnostyka czyni niekiedy wrażenie, iż jest niedobra. Ona to, stwierdziwszy jeden plus we krwi chorego, tworzy nieszczęśliwych syfilofobów albo tabofobów, ona to po uświadamiającym wykładzie młodego lekarza tworzy hipochondryków hipertonicznych, metabolicznych, rentgenograficznych, seksualnych i wielu innych. Chorobą staje się teraz sama fobja czy hipochondrja, trudna do wyleczenia. Te stany stara się leczyć psychoanaliza, ale i tu pod adresem psychoanalizy nasuwa się zarzut, że samo uświadamianie możliwości różnych kompleksów, w rodzaju kompleksu Edypa nie zawsze wychodzi ludzkości na zdrowie. Miał rację Axel Munthe, gdy powiedział, że natura nie miała nigdy zamiaru poddawać wszystkiego, co się w nas dzieje, kontroli naszej świadomości.

Mówiąc o uświadamianiu, zbliżyliśmy się do nader ważnego zagadnienia, niezmiernie doniosłego dla przyszłego rozwoju ludzkości, mianowicie do zagadnienia stosunku medycyny do sprawy przyrostu ludności, ilościowego i jakościowego. Powstała osobna gałąź medycyny, eugenika, która ma bardzo daleko idące plany. Dzięki medycynie ojcostwo i macierzyństwo przestaje być aktem nieświadomej natury, lecz zostało poddane — przynajmniej do tego dąży medycyna — kontroli naszej świadomości. Mamy dziś liczne metody, zapobiegające ciąży, z drugiej zaś strony mamy próby sztucznego zapładniania kobiet bez właściwego aktu płciowego. Jeszcze krok, byle tylko wydostać jajko żeńskie nazewnątrz, a będziemy mieli próby — otrzymania homunkulusa *in vitro*. Co z tego będzie dalej? Czy rzeczywiście można marzyć o takiej chwili, że kiedyś ludzkość przy pomocy medycyny będzie płodziła same tylko zdrowe dzieci i że medycyna potrafi równocześnie tak regulować przyrost, tu ciąży przeszkodzić, tam sztucznie zapłodnić, żeby w sumie było zawsze akurat tyle ludności, ile potrzeba i ile się zmieści wygodnie i przyjemnie na ziemskim globie? Na to pytanie dał niedawno odpowiedź Poncetton, nowelista, który ogłosił na łamach miesięcznika francuskiego *Hippocrate* satyrę na eugenikę p. t.: *La fièvre rose. Różowa gorączka.* W satyrze tej natura dwukrotnie zadrwiła sobie z niezmiernie wysoko stojącej eugeniki: raz, sprowadzając na ludzkość nieznaną dotąd epidemję, różową gorączkę, którą przeszły wszystkie bez wyjątku niewiasty na kuli ziemskiej, a która zabijała raz na zawsze płodność niewiasty, wskutek czego zbliżał się nieuchronnie kres życia ludzkiego na ziemi; drugi raz, gdy dwie dziewice z odludnej wyspy, jedne jedyne na całym globie, które przypadkowo różowej gorączki nie przebywały, a które miały się stać teraz matkami odradzającego się rodu ludzkiego, wybrały sobie za mężów nie dorodnych królewiczów, których im wyznaczono w myśl zasad eugeniki, lecz dwóch pokracznych mężczyzn, jedna ślepego, druga garbatego.

Zbliżając się do końca mego wykładu, powinienbym przedstawić saldo w bilansie medycyny za półtrzecia tysiąca lat, a nadto powinienbym to saldo postawić obok salda z ogólnego bilansu cywilizacji ludzkiej i powiedzieć, jaki procent zajmuje pierwsze saldo w stosunku do drugiego. Jakkolwiek te pytania się nasuwają, to jednak brak miernika uniemożliwia ściślejszą odpowiedź. Gdyby ktoś zadał pytanie, czy i o ile w ogólnym dorobku cywilizacyjnym medycyna się przyczyniła do uszczęśliwienia ludzkości, odpowiedź na to pytanie, jak się zdaje, musiałaby być pełna zastrzeżeń. Kto bowiem jest szczęśliwszy, czy ten wychuchany mężczyzna nowoczesny, który nie da sobie zęba wyrwać inaczej, jak w znieczuleniu, czy ten dawny rycerz średniowieczny, który po spełnionym obowiązku cierpliwie znosił męki, gdy mu cyrulik wyjmował strzałę z piersi? Kto jest szczęśliwszy, czy ta nowoczesna, z papierosem w zębach niewiasta, która nie chce mieć dzieci i daje sobie robić 20—30 skrobanek w odstępach czasu, a potem w wieku około 40-stki chciałaby mieć dziecko, ale tu już natura mówi „nie!", czy też ta dawna matrona, która urodziła 12 dzieci i dożywała późnej starości, otoczona wnukami i prawnukami? Kto wie, czy Rousseau, gdyby ożył i jeszcze raz miał rozpatrywać znaczenie cywilizacji, kto wie, czyby dzisiaj nie przytoczył także medycyny jako nowego argumentu na dowód, że cywilizacja psuje człowieka oraz paczy jego charakter, czyni go mniej cnotliwym i mniej szczęśliwym.

Medycyna postępuje indywidualnie, nieraz doraźnie i na krótką metę. W ten sposób niewątpliwie miljony razy łagodzi ból, koi cierpienia, ratuje od śmierci, przedłuża życie, przywraca zdolność zarobkową. Ale te walory nie dadzą się sumować. Zesumowane, zdawałoby się, dadzą w bilansie wysoką pozycję czynną, dodatnią, tymczasem w rzeczywistości suma tych poszczególnych korzyści prowadzi do zjawiska, które uchodzi w życiu społeczeństw za ujemne, gdyż prowadzi do — przeludnienia na kuli ziemskiej. Stosunek medycyny do sprawy przeludnienia nie jest jasny ani jednoznaczny: raz bowiem medycyna, obniżając śmiertelność i zwiększając długowieczność, przyczynia się do przeludnienia; innym zaś razem, patronując świadomemu macierzyństwu, obniża naturalny przyrost, a więc obniża i przeludnienie. Co w tej sprawie jest białe, a co czarne, co dodatnie, a co ujemne, na to jeszcze ludzkość nie dała jasnej odpowiedzi, gdyż sama jeszcze nie wyrobiła sobie jednolitego zdania.

Jeżeli pominiemy tę okoliczność, że postępy medycyny prowadzą do przeludnienia na kuli ziemskiej, to niewątpliwie zwiększająca się wciąż sprawność medycyny zwiększa ogromnie dzisiejsze ogólne jej saldo. Ale na wysokość tego salda wpływa jeszcze i inna okoliczność, i to, jak się zdaje, najważniejsza. Gdy porównamy stosunek człowieka starożytnego albo średniowiecznego do przyrody ze stosunkiem człowieka dzisiejszego do przyrody — mówię tu o przyrodzie wogóle jako o zespole warunków, w jakich człowiek żyje na ziemi — to musimy stwierdzić olbrzymi, kolosalny postęp, jaki się tu dokonał w ciągu półtrzecia tysiąca lat. O ileż więcej człowiek starożytny był narażony na chorobę i śmierć, których nie rozumiał i którym nie umiał przeciwdziałać. Dzisiaj lepiej już rozumiemy chorobę i śmierć. Toteż leczymy choroby, zapobiegamy ich występowaniu, przedłużyliśmy życie. W ten sposób dzisiejsze stanowisko człowieka w przyrodzie jest bez porównania silniejsze i pewniejsze, niż było przed wiekami. Człowiek opanowuje przyrodę. Tutaj medycyna robi to samo, co nauki przyrodnicze wogóle łącznie z techniką i rolnictwem.

Prawo reguluje życie jednostek i zbiorowisk ludzkich na ziemi. Sztuki piękne upiększają i uszlachetniają życie. Obie te dziedziny są podobne do urządzania mieszkań i regulowania współżycia lokatorów w wielkim domu. Metafizyka bada majaki, światła i cienie, jakie w tym domu się potworzyły. Nauki przyrodnicze, medycyna i technika zaczynają od fundamentów. Trzeba postawić mocno dom! Trzeba ugruntować byt człowieka na ziemi i w kosmosie. W tej wiecznej walce genjalnego karła, jakim jest człowiek, z niezmierzonym olbrzymem, jakim jest przyroda, walce rzeczywistej, realnej, najrealniejszej i najmądrzejszej ze wszystkich wojen, jakie człowiek kiedykolwiek prowadził, medycyna ma nader doniosłe znaczenie. Człowiek niewątpliwie opanowuje przyrodę. Co będzie dalej, za następne półtrzecia tysiąca lat, przewidzieć trudno, ale w tej walce człowieka z przyrodą medycyna zawsze będzie czynnikiem niezmiernie ważnym. W ten sposób ogólne saldo medycyny jest i będzie zawsze wysokie w ogólnym bilansie cywilizacji ludzkiej.

Dr. Tadeusz KIELANOWSKI. Lwów.

Kamień żółciowy jako przyczyna ostrej niedrożności jelita.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki.

Doświadczenie sekcyjne uczy, że tylko kamienie żółciowe nieprzekraczające wielkości dużego ziarna grochu, mogą się przedostać drogami żółciowemi do dwunastnicy. Natomiast większe kamienie mogą się przedostać z woreczka żółciowego lub przewodu żółciowego wspólnego do dwunastnicy, żołądka, jelit, a nawet macicy i pęcherza moczowego (Kaufmann), tylko przez przetoki bezpośrednie lub pośrednie między pęcherzykiem lub przewodem żółciowym wspólnym a odpowiednim narządem. Przypadki takie są interesujące nietylko ze względu na swą rzadkość, ale są także ważne ze względu na powikłania, mogące wyniknąć z przedostania się kamienia wielkich rozmiarów do przewodu pokarmowego. Tego rodzaju przypadek sekcyjny spostrzegaliśmy ostatnio w tutejszym Zakładzie Anatomji Patologicznej.

Kobieta 77-letnia została przyjęta na Oddział Chirurgiczny Szpitala w stanie ciężkim, z objawami zupełnej niedrożności jelitowej trwającej od trzech dni. W wywiadach podała: częste zaparcia stolca w ciągu ostatniego roku, oraz naprzemian występujące zaparcia i biegunki, niekiedy krwawe w ostatnich dwu miesiącach. Ze względu na ciężki i beznadziejny stan chorej nie przystąpiono do wykonania zabiegu operacyjnego.

Sekcyjnie stwierdzono: (L. p. sekc.: 135/35). Zwłoki kobiety starej, małego wzrostu i delikatnej budowy, licho odżywionej. Starczy zanik mózgu i serca, starcza rozedma płuc; prawostronne zrosty opłucnowe. Otrzewna bardzo silnie przekrwiona, wykazuje bardzo liczne punkcikowate i smugowate, żywo czerwone wybroczynki krwawe oraz niewielkie naloty świeżego włóknika, podbarwionego jasno brązową, płynną treścią kałową, znajdującą się w okolicy kątnicy i w miednicy małej. Wątroba, podobnie jak inne narządy, znacznie pomniejszona, pozrastana w kilku miejscach z przeponą. Pęcherzyk żółciowy wybitnie zmniejszony, długości 4,5 cm, grubości średniego palca; jego światło całkowicie zarośnięte, a wśród zrostów 3 kamienie żółciowe wielkości mniej-więcej dużego grochu, kanciaste *(à facettes)*, wapniowo-barwikowe, dość miękkie; przewód pęcherzykowy zarośnięty, zupełnie niedrożny — przewód żółciowy wspólny na całej długości nieco rozszerzony (szerokości po rozcięciu 22—24 milimetrów), jednak brodawka Vatera nie wykazuje zmian. Boczno-tylna ściana początkowej części ramienia zstępującego dwunastnicy złączona jest z pęcherzykiem żółciowym krótkiemi, lecz rozległemi, staremi zrostami, które pociągają dwunastnicę ku górze tak, że leży ona tuż przy pęcherzyku żółciowym. W miejscu przyczepu zrostów jest ściana dwunastnicy na ograniczonem miejscu nieco lejkowato wyciągnięta; miejsce to pokryte jest jednak niezmienioną błoną śluzową. Pośród zrostów nie można stwierdzić na rozkroju żadnych śladów przewodu, przetoki lub wogóle światła. Śledziona jest około 3-krotnie powiększona, miąższ jest szarowiśniowy i wybitnie rozpulchniony. Nerki są zmniejszone, zanikające, miedniczki, moczowody, pęcherz moczowy i narządy rodne, bez wybitniejszych zmian. Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu są pomniejszone. Przełyk i żołądek nieco żylnie przekrwione; jelito czcze i biodrowe jest niemal na całej długości jednostajnie rozszerzone, a błona śluzowa przekrwiona; w jelicie cienkiem znajduje się bardzo obfity, jasno-brunatny, płynny kał, cuchnący. W odległości około 1½ metra od zastawki Bauhina, jest jelito biodrowe wrzecionowato rozszerzone na przestrzeni około 7 cm, a w miejscu rozszerzenia tkwi kamień żółciowy, wielkości jaja kurzego, postaci gruszkowatej; po rozcięciu jelita daje się on łatwo wyjąć. Błona śluzowa jest w tem miejscu brudno-żółtawa, martwicza, a w ścianie jelita, w miejscu odpowiadającem szerszej części kamienia (zwróconej w kierunku dośrodkowym), znajduje się otwór podłużny, o nieco poszarpanych, martwiczych brzegach i wymiarach mniejwięcej 17 na 15 milimetrów (Ryc. 1.).

Sekcyjnie rozpoznano więc ostrą niedrożność jelita cienkiego, spowodowaną zapchaniem jelita biodrowego przez kamień żółciowy wielkich rozmiarów, a powikłaną przebiciem jelita na tle martwicy odleżynowej, z następowem ogólnem, ostrem, rozlanem zapaleniem otrzewnej.

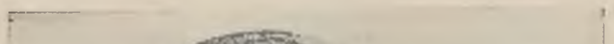
Badanie kamienia wykazało: ciężar: 42 gramów w stanie mokrym i 29 gramów po wysuszeniu; postać: gruszkowata, odpowiadająca odlewowi pęcherzyka żółciowego; wymiary: długość 5,8 cm, szerokość od 2,2 cm do 3,5 cm; największy obwód poprzeczny 11,6 cm. Kamień po wysuszeniu jest ciemno szary, z odcieniem rdzawym, wyraźnym szczególnie w okolicy węższego końca; z wyjątkiem tego końca, widoczne są na całej jego powierzchni liczne lśniące i białawe kryształki cholesteryny; które w części środkowej zlewają się ze sobą w postaci nieregular-

nych, jasnych plam (Ryc. 2 a). Na rozkroju kamienia (Ryc. 2 b) (daje się dość łatwo przepiłować cienką piłeczką, krusząc się przy tem tylko nieznacznie), widoczna jest typowa budowa warstwowa. W samym środku kamienia znajduje się mniejwięcej kulista grudka krystaliczna, cholesterynowa, o średnicy 1,5 milimetra; z tego środkowego punktu rozchodzą się promienisto białoszkliste, cienkie pasma krystalicznej cholesteryny i „przebijają" w wielu miejscach inne warstwy kamienia, dochodząc w kilku miejscach do powierzchni zewnętrznej. Współśrodkowo ułożone warstwy składają się naprzemian z prawie czarnych, miękkich mas



Ryc. 1. Jelito biodrowe rozdęte przez tkwiący w niem kamień żółciowy. Widoczny jest otwór, który powstał przez przebicie wrzodu odleżynowego.

barwikowych i blado żółtawych, twardszych warstw wapniowych. W kierunku ku obwodowi stają się warstwy coraz cieńsze i niemal wyłącznie wapniowe. Jest to zatem prawdziwy kamień żółciowy, będący odlewem pęcherzyka żółciowego. Należy zauważyć, że kamienie kałowe, tworzące się niejednokrotnie w przewodzie pokarmowym i mogące stać się również przyczyną niedrożności jelitowej (stwierdza się je częściej w kiszce grubej), są niekiedy bardzo podobne do kamieni żółciowych; w przypadkach wątpliwych rozstrzyga budowa kamienia na rozkroju i jego skład.



Ryc. 2. Kamień żółciowy (wielkość naturalna). a) kamień w całości; b) płaszczyzna przekroju.

Opisany kamień jest kamieniem bardzo wielkim (dwa największe kamienie żółciowe z zbiorów lwowskiego Zakładu Anatomji Patologicznej ważą suche: 38 i 44 gramów; największy znany z piśmiennictwa ważył suchy 110 gramów). Wymiary kamienia wykluczają możliwość jego przedostania się do jelit przez odprowadzające drogi żółciowe. Nieznaczne rozszerzenie przewodu żółciowego wspólnego (24 milimetry wobec 116 milimetrów największego obwodu kamienia) i brak wszelkich zmian w obrębie brodawki Vatera, należałoby tłumaczyć rozszerzeniem zastępczem dróg żółciowych pozawątrobowych, stwierdzanem często w przypadkach zarośnięcia lub operacyjnego usunięcia pęcherzyka żółciowego („*Pseudo-Gallenblase*", K. Westphal). Jedyną drogą, jaką kamień mógł się dostać do jelita, byłaby więc przetoka; przetoki jednak w przypadku opisanym nie można było sekcyjnie wykazać. Natomiast wykazano krótkie, zbite zrosty, między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą. Nasuwa się przypuszczenie, że te zrosty są pozostałością po zagojonej przetoce pośredniej. Doświadczenie uczy, że samoistne zamknięcie i zagojenie się przetoki żółciowej należy do wielkich rzadkości. Przetoka powstała w naszym przypadku conajmniej 2 miesiące, a może dłuższy czas przed śmiercią, gdyż naprzemian występujące zaparcia i biegunki krwawe świadczą już niewątpliwie o obecności kamienia w jelitach; okres dwóch miesięcy można uważać za wystarczający do zagojenia się przetoki. Czynnikiem wybitnie sprzyjającym gojeniu się przetoki w przypadku opisanym, mogło być zupełne zarośnięcie pęcherzyka żółciowego i przewodu pęcherzykowego tak, że treść żółciowa może już od początku nie przepływała przez przetokę, a tem samem nie przeszkadzała jej gojeniu się. Zupełne zagojenie się błony śluzowej dwunastnicy w miejscu, w którem przypuszczalnie istniała przetoka, nie może nas dziwić, gdyż nawet ciężkie, krwawiące wrzody trawienne dwunastnicy mogą się goić, nie pozostawiając po sobie blizny dostrzegalnej. Ze względów od autora niezależnych nie wykonano — niestety — badania mikroskopowego ściany dwunastnicy w miejscu przyczepu zrostów.

Utkwienie kamienia w dolnym odcinku jelita biodrowego, po przejściu przez niego znacznej części jelita cienkiego, należy tłumaczyć stopniowem zmniejszaniem się średnicy jelita, która, jak wiadomo, wynosi w odcinku biodrowym mniejwięcej dwie trzecie średnicy jelita czczego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względów klinicznych i anatomicznych. Należy podnieść rzadkość przyczyny, która spowodowała ostrą niedrożność jelita, oraz charakterystyczny przebieg chorobowy przed wystąpieniem tej ostrej niedrożności, mianowicie okresowo występujące, przemijające niedrożności jelita, z następową biegunką z krwawemi stolcami. Niedrożności te były niewątpliwie następstwem przejściowego zamknięcia światła jelita przez wędrujący kamień żółciowy. Należy również podkreślić bardzo rzadko zachodzące zagojenie się przetoki pośredniej między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą, i to zagojenie się, które w błonie śluzowej dwunastnicy nie pozostawiło gołem okiem widocznej blizny.

Piśmiennictwo:

1) Kaufmann E.: Spez. Path. Anatomie. Wyd. VIII. T. I. Str. 771. — 2) Westphal K., Gleichmann F., Mann W.: Gallenwegsfunktion und Gallensteinleiden. J. Springer. Berlin 1931; Podobne przypadki z piśmiennictwa ostatnich lat: 3) Bonamy R.: Bull. Soc. Chir. Paris 23, 1/2, 10, 1931. — 4) Oden: Dtsch. Z. Chir. 231, 427, 1932. — Lardennois M.: Soc. Chir. 13. II, 1935. La Pr. Méd. 1935, 17, 327.

Dr. A. NADEL. Lwów.

Barwiki akrydynowe a układ śródbłonkowo-siateczkowy.

Cz. I. Wydzielanie się dożylnie podanych barwików akrydynowych.

Z Oddziału Dermatologicznego Męskiego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Kierownik: Doc. Dr. St. Ostrowski.

Barwiki akrydynowe, w szczególności trypaflawina (3—6 dwuamino- 10 chloro--metyloakrydyna) skonstruowana na zlecenie Ehrlicha w roku 1912 przez Bendę w poszukiwaniu środka leczniczego przeciw trypanosomjazie, jak również identyczna z nią pod względem właściwości chemicznych[1]) i działania na ustrój — gonakryna (chloro-metylo-dwuamino-akrydyna obojętna) mają — jak wiadomo — w lecznictwie dermatologicznem szerokie zastosowanie. Podczas gdy większość badaczy przyjmuje przedewszystkiem działanie bakterjobójcze tych barwików za istotne, niebrak i takich, którzy kładą nacisk na to,

---

[1]) Tak trypaflawina, jak również gonakryna dają identyczny odczyn: rozcieńczone roztwory tych barwików, po zakwaszeniu kwasem solnym barwią się po dodaniu kilku kropel 1-norm. roztworu azotynu sodowego ($NaNO_2$) na fioletowo. Odczyn ten jest jeszcze widoczny w rozcieńczeniu 1 : 1,000.000.

że związki te działają na zarazki pośrednio, przez pobudzenie czynności ustroju do żywszego działania na drobnoustroje i ich toksyny.

Wiemy, że o rozmieszczeniu w ustroju dożylnie podanego barwika rozstrzygają jego fizykalne własności, przedewszystkiem wielkość poszczególnych cząsteczek. Do badań czynności układu śródbłonkowo-siateczkowego w znaczeniu ściślejszem (Aschoffa) używane są barwiki wysoko koloidalne z małą zdolnością przenikania. Natomiast wspomniane barwiki akrydynowe posiadają znaczną zdolność przenikania, znacznie większą od innych barwików, jak np. błękitu metylenowego, czerwieni Kongo, błękitu trypanu i t. p. Ta łatwość przenikania barwików akrydynowych sprawia, że można je stosować w drodze dożylnej bez większego niebezpieczeństwa dla ustroju chorego.

Według niektórych autorów (Stephan[2]) i in.) posiadają barwiki akrydynowe wielkie powinowactwo z układem łącznotkankowym, co, między innemi, zostało również stwierdzone przez Rittera[3]) drogą histologiczną przez miejscowe stosowanie związków akrydynowych[4]). Ta łatwość stosowania u człowieka tych barwików bez wszelkiego niebezpieczeństwa, jak również powinowactwo ich z układem łącznotkankowym ustroju, skłoniły mnie do przeprowadzenia pewnych doświadczeń mających związek z czynnością organów i tkanek, ujętych przez Aschoffa i jego szkołę w układ śródbłonkowo-siateczkowy.

Już kliniczne spostrzeżenia dowodzą, że skóra posiada wybitną zdolność magazynowania gonakryny lub trypaflawiny. U osobników bladych już nieliczne wlewania dożylne tych barwików często zabarwiają skórę cytrynowo-żółto. Doświadczenia moje nad leczeniem białactwa skóry[5]) przez podawanie gonakryny lub trypaflawiny dożylnie lub doustnie również dowodzą, że skóra, między innemi narządami, magazynuje barwiki akrydynowe. Barwiki te zostają w skórze nawet przez czas dość długi od chwili wykonanego zastrzyku. Świadczy o tem fakt, że w czasie leczenia białactwa skóry sposobem wyżej wspomnianym, wytwarzała się melanina w wzmożonej ilości w odbarwionych miejscach skóry nawet w czasie, kiedy już od szeregu dni a nawet tygodni chory nie otrzymywał ani dożylnie ani doustnie preparatów akrydynowych[6]).

Wielka część prób barwikowych układu śródbłonkowo-siateczkowego polega, jak wiadomo, przedewszystkiem na tem, że po dożylnem podaniu jakiegoś barwika bada się czas potrzebny do jego zniknięcia z obiegu krwi. Próby te roją się od błędów, których przyczyna tkwi w samej istocie układu śródbłonkowo-siateczkowego. Nie będzie przesadą, jeśli powiemy, że wskutek tego także w przyszłości nie będziemy przypuszczalnie mieli doskonałych sposobów ilościowego określenia czynności tego układu, nie mówiąc już o tem, że pojęcie układu śródbłonkowo-siateczkowego jest przez jednych ściśle określone (Aschoff) i związane z anatomicznem podłożem, przez innych — a może i słusznie, rozszerzone właściwie do całego ustroju. Zresztą Aschoff sam wyraża się, że „niema komórki, któraby w pewnych warunkach nie posiadała zdolności magazynowania barwików"[7]), a zatem nie spełniała czynności układu śródbłonkowo-siateczkowego. Ponieważ nie można dokładnie określić, kiedy i wśród jakich okoliczności dana komórka przybierze właściwości komórki tego układu, przeto uważam, że pojęcie tego układu już nawet anatomicznie jest czemś niestałem i dowolnem.

Te wszystkie błędy, które tkwią w próbach układu śródbłonkowo-siateczkowego, polegających na dożylnem wlewaniu barwika, tkwią, — i to może nawet w znacznie większej mierze — w sposobach, polegających na śródskórnem podaniu barwika. Czy np. można wykluczyć, że złożenie barwika w skórze nie jest bodźcem dla komórek łącznotkankowych do przeobrażenia się ich w komórki o własnościach histiocytarnych? Skóra sama nie posiada, według Aschoffa, układu śródbłonkowo-siateczkowego. Komórki wędrujące, klazmatocyty Ranviera, leżące dookoła naczyń krwionośnych, mogą niewątpliwie wywędrować do naskórka, w którym barwik jakiś został złożony i przeobrazić się w komórki żerne, jednak na to potrzeba przypuszczalnie więcej czasu, niż tego, który mija od założenia bąbla barwikowego aż do jego zniknięcia. Czy ponadto w skórze nie uzależniamy się od szeregu czynników nieznanych, mogących mieć również wpływ na przebieg odczynu? Poziom wody, substancyj mineralnych, związków organicznych, grubość naskórka, skóry właściwej, tkanki podskórnej, stan naczyń krwionośnych i limfatycznych, rozmieszczenie gruczołów potnych i łojowych, układ wegetatywny skóry i t. d. — to wszystko są czynniki, które niewątpliwie mają wybitny wpływ na cały przebieg badania czynnościowego sposobem śródskórnym. Pozatem nie da się sprawdzić, czy w procesie znikania śródskórnie złożonego barwika nie ma wielkiego znaczenia sam proces wchłaniania a więc proces czysto fizykalny. W dodatku przy próbie śródskórnej przez sam zastrzyk uszkadza się niewątpliwie szereg naczyń włosowatych, których zachowanie się również nie jest obojętne dla przebiegu szybkości odczynu. To są, nawiasem tylko wspominając, czynniki, spowodu których wyniki badań metodami śródskórnemi nietylko nie przewyższają metod dożylnych, ale, mojem zdaniem, są od nich jeszcze mniej dokładne.

Moje początkowe badania polegały na tem, że na wzór istniejącej próby badania układu ś.-s., polegającej na dożylnem podaniu czerwieni Kongo, wlewałem dożylnie barwiki akrydynowe (trypaflawinę lub gonakrynę) i następnie badałem czas potrzebny do zniknięcia preparatu z obiegu krwi. Liczne próby jednakże wykazały, że badania te nie mówiąc już o tem, że wychwytywanie barwika z obiegu krwi jest tylko częściową funkcją układu ś.-s., nie dają wyników dostatecznie wyraźnych. Stwierdzenie fluorescencji surowicy krwi jest wprawdzie w pierwszych minutach po podaniu barwika akrydynowego dostatecznie wyraźne[8]), jednak niejednokrotnie i bez podania barwika akrydynowego krew prawidłowa wydzielić może surowicę barwy zielonawo-żółtej, dającą się tylko z trudnością odróżnić od surowicy, zawierającej barwik akrydynowy.

Następujące spostrzeżenie zrobione na chorych, leczonych dożylnemi wlewaniami gonakryny było bodźcem do przeprowadzenia przeze mnie badań nad czynnością układu ś.-s. *przez kilkakrotne podawanie barwika akrydynowego* i badanie czasu wydzielania go z moczem. *Zauważyłem mianowicie, że pierwsza dawka gonakryny wydziela się u wielu ludzi zupełnie zdrowych w czasie krótszym, aniżeli dawka następna.* Dla przykładu spostrzeżenie następujące:

Mik. Ro., 36 lat, *Lues latens*. Zakażenie przed 7 laty, chory przebył 6 leczeń bizmutowo-nowarsenobenzolowych, od 3 lat nieleczony, odczyny serologiczne krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego od lat są stale ujemne. Ciężar ciała 95 kg, podściółka tłuszczowa silnie rozwinięta. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Spowodu niepowikłanej rzeżączki stosowałem u tego osobnika dożylne wlewania gonakryny. Pierwszą dawkę w ilości 5 cm³ 2% roztworu wodnego chory wydzielił w przeciągu 4 dni. (Sposób badania patrz niżej). Po zastosowaniu dwudniowej przerwy, w czasie której mocz już nie wykazywał śladów barwika, a zatem w sześć dni od pierwszego wlewania, powtórzyłem tę samą dawkę, przyczem okazało się, że czas wydzielania barwika z moczem wzrósł tym razem do dni pięciu. Po ponownej dwudniowej przerwie od czasu zniknięcia barwika w moczu, podałem taką samą dawkę gonakryny po raz trzeci, poczem stwierdziłem, że czas wydzielania gonakryny wzrósł do dni siedmiu. Po przerwie jednodniowej otrzymał chory czwartą dawkę gonakryny, jednakowoż spowodu wyjazdu jego nie mogłem spostrzegać czasu, potrzebnego do zupełnego wydzielenia się ostatniej dawki barwika. Po dniach 9 chory zgłosił się ponownie, a mocz jego jeszcze wyraźnie był zabarwiony na zielono.

Badając czas wydzielania się trypaflawiny lub gonakryny dożylnie podanej u wielu innych osób klinicznie zdrowych, przekonałem się, że spostrzeżenie to niejednokrotnie się powtarza, że istnieje wcale znaczny odsetek ludzi, u których każda następna dawka barwika wydziela się podobnie jak w przypadku wyżej opisanym.

Jak wytłumaczyć to niejednolite zachowanie się ustroju w stosunku do dożylnie podanego barwika akrydynowego?

Z doświadczenia powyższego niewątpliwie wynika, że pierwsza dawka barwika akrydynowego nie przeszła bez wpływu na ustrój. Przedłużenie czasu wydzielania się każdej dawki następnej dowodzi, że, mimo dwudniowej przerwy od czasu ukończenia wydzielania się dawki poprzedniej, następne wlewania barwika natrafiły na podłoże już zmienione. Stąd wniosek, że czas wydzie-

---

[2]) Stephan R.: Mediz. Klinik. Nr. 17. 1921.

[3]) Ritter A.: Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 159. H. 1—6. 1929. (refer.).

[4]) Powinowactwo gonakryny z układem łączno-tkankowym mogliśmy również potwierdzić wspólnie z kolegą Dr. Sosinem W Zakładzie Anatomo-Patologicznym tut. Uniwersytetu w doświadczeniu na zwierzętach.

[5]) Nadel A.: Acta dermato-venerologica. Vol. XI. Fasc. 2. 1930.

[6]) Nadel A.: l. c.

[7]) Aschoff: Vorträge über Pathologie gehalten in Japan im J. 1924. G. Fischer 1925.

[8]) Niektóre dane tyczące się intensywności fluorescencji surowicy krwi ludzkiej po dożylnem podaniu trypaflawiny lub gonakryny znajdzie czytelnik w mojej pracy: Hautkrankheiten und Serumlipase, III. Mitteilung, Arch. f. Dermat. u. Syph. 170. H. 3. 1934.

lania się każdej następnej dawki barwika może świadczyć o każdoczasowej sprawności ustroju, w szczególności aparatu biorącego udział w wychwytywaniu i wydzielaniu barwika, gdyż daje odpowiedź na pytanie, co właściwie pierwsza dawka barwika w ustroju sprawiła.

Na podstawie powyższego dochodzi się do wniosku, że kilkakrotne podanie barwika w pewnych ściśle określonych odstępach czasu i określenie każdorazowego czasu znikania barwika z obiegu krwi, lub — jak to robiliśmy, czasu wydzielania barwika z moczem, będzie sposobem dokładniejszym i czulszym do badania czynności aparatu wychwytującego i wydzielającego, aniżeli jednorazowe dożylne podanie barwika. Jeżeli drugi zastrzyk barwika wydzieli się w tym samym czasie, co zastrzyk pierwszy, mamy prawo wnioskować, że układ ś.-s. zdołał tymczasem wrócić do stanu pierwotnej sprawności, w przeciwnym razie wolno nam przyjąć, że druga dawka barwika natrafiła na zmienioną czynność układu ś.-s., wywołaną pierwszą dawką barwika.

To samo przecież zachodzi w badaniu narządów wewnętrznych. Np. aby stwierdzić sprawność serca, nie zawsze wystarczy obciążenie go jednorazową pracą, podobnie, gdy się chce poznać właściwości i sprawność mięśni szkieletowych, nie wystarczy polecić badanemu wykonać jakąś pracę, ale należy także stwierdzić, w jakim czasie po wykonanej pracy nastąpił powrót mięśni do pierwotnego stanu sprawności, co da się uskutecznić tylko przez powtórzenie doświadczenia.

Zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, że te same błędy, które tyczą się badania czasu znikania z obiegu krwi barwika podanego dożylnie, tyczą się także sposobu badania znikania barwika w moczu. Wpływ nerek, narządu krążenia, układu wegetatywnego, przewodu pokarmowego i t. p., odgrywają tu niewątpliwie rolę wybitną. Mimo to sądzę, że przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności, mogących wpłynąć na przebieg i wynik badania, oznaczenie czasu potrzebnego do wydzielenia się barwika z ustroju daje dokładniejszy obraz zachowania się tego, co nazywamy układem śródbłonkowo-siateczkowym ustroju. Wszak badanie ilościowe barwika z moczem wydzielonego jest pośrednim badaniem ilości zatrzymanego barwika w organizmie, a to ostatnie mówi nam więcej, aniżeli obserwowanie tylko czasu potrzebnego do zniknięcia barwika z obiegu krwi.

Podając zatem kilkakrotnie barwik dożylnie i obserwując za każdym razem czas potrzebny do zupełnego zniknięcia barwika w moczu, uzyskujemy obraz wytrzymałości układu ś.-s. danej osoby, uniezależniamy się poniekąd od chwilowego stanu układu, który przecież nie musi być wykładnikiem swej właściwej wartości.

Jest jasne, że ilość barwika dożylnie podanego winna być u każdego inna. Nie mając innych sposobów przybliżonego oceniania wielkości układu ś.-s., musimy podawać barwik w jakimś stosunku do ciężaru ciała. Stwierdziłem bowiem na szeregu przypadków, że czas, w jakim dożylnie podany barwik akrydynowy wydziela się z moczem, zależy u tej samej osoby nietylko od tego, czy jest to dawka pierwsza, czy też dalsza, ale także od wysokości dawki dożylnie podanej. Im większa dawka barwika została podana, tem dłuższego czasu potrzeba na jego wydzielenie. Zaznaczyć jednak należy, że w ocenianiu wielkości układu ś.-s. na podstawie ciężaru ciała może tkwić znaczny błąd. Nie wiem, czy osoba, która np. przybrała na wadze pewną ilość kilogramów, uzyskała wzrost narządu siateczkowo-śródbłonkowego w stosunku do przyrostu ciężaru ciała. To są słabe strony czynnościowego badania tego narządu i to, sądzę, są błędy, których nigdy nie będzie można uniknąć w tego rodzaju badaniach.

Zanim przystąpię do przedstawienia właściwego sposobu badania kilkakrotnemi wlewaniami gonakryny, chciałbym się zastanowić nad faktem, brzmiącym wręcz paradoksalnie a mianowicie nad tem spostrzeżeniem, iż druga lub trzecia dawka gonakryny wydzieliła się w moich doświadczeniach u wielu zdrowych osobników w czasie dłuższym, aniżeli dawka pierwsza. Czy pierwsza dawka barwika zmniejszyła sprawność układu siateczkowo-śródbłonkowego, czy też może jego sprawność wzrosła? Jeśli bowiem po pierwszym zastrzyku sprawność tego układu zmalała, co jest wielce prawdopodobne, wtedy należało się spodziewać, że barwik wydzieli się w czasie krótszym, aniżeli poprzednio. Jednak doświadczenie, jak widzimy, wykazało coś wręcz przeciwnego. Jak je wytłumaczyć?

To paradoksalne zachowanie się ustroju poczęści wyjaśniają doświadczenia autorów argentyńskich, Jimenez de Assuy[9]) i jego współpracowników. Badacze ci zauważyli, że salwarsan dożylnie podany zwierzętom, pozbawionym śledziony, wydzielał się w czasie dłuższym, aniżeli poprzednio, gdy zwierzęta były przed operacją. Spodziewać się należało, że pozbawienie zwierząt ważnej części układu ś.-s. przyczyni się do szybszego wydzielania podanego preparatu. Doświadczenie wykazało coś wręcz przeciwnego, aniżeli rozważania teoretyczne pozwalały wnioskować. Wyniki ich doświadczenia rzucają światło na czynność układu ś.-s., którego zadaniem jest, jak z doświadczenia tego wynika, nietylko wychwytywanie ciał obcych z obiegu krwi. Gdyby bowiem tak było, wycięcie śledziony, jednego z głównych ogniw narządu ś.-s., musiałoby wywołać szybsze wydzielanie preparatu.

Doświadczenia Assuy nad wydzielaniem salwarsanu i moje nad wydzielaniem barwików akrydynowych dowodzą więc, że rola narządu omawianego nie ogranicza się wyłącznie do wychwytywania barwików lub leków wogóle. Prawidłowa czynność śledziony jest widocznie warunkiem niezbędnym dla normalnej czynności układu ś.-s., a co za tem idzie, normalnego wydzielania się salwarsanu lub barwików akrydynowych, podczas gdy uszkodzenie lub brak śledziony sprawia, że układ ś.-s. szwankuje. Jest to hipoteza, której prawdziwość dałaby się stwierdzić na przypadkach, w których *a priori* istnieje jakieś poważniejsze schorzenie lub zupełny brak śledziony (np. po zabiegu operacyjnym). W razie słuszności tej hipotezy, powinno się stwierdzać u tego rodzaju chorych przedłużone wydzielanie trypaflawiny lub gonakryny.

Mógłby ktoś zarzucić, że przedłużenie czasu wydzielania się barwika następuje wskutek uszkodzenia miąższu nerkowego, powstałego przez podanie pierwszej dawki barwika. Temu sprzeciwia się fakt, iż czynność nerek jest nadal prawidłowa u ludzi nawet długo leczonych barwikami akrydynowemi. Rozbiór moczu nie wykazywał u takich osób obecności składników nieprawidłowych, badania czynnościowe nerek nie dawały odchyleń od stanu prawidłowego. Przypuszczenie, iż następuje kumulacja barwika w ustroju, również nie ma uzasadnienia, gdy się uwzględni, że po każdej dawce barwika czekaliśmy tak długo, aż wydzielanie barwika w moczu zupełnie ustało, a następnie dodawaliśmy jeszcze przerwę 1—2 dni, zanim podaliśmy dawkę następną. Jakkolwiek będziemy sobie to zjawisko tłumaczyć, jest faktem, że wycięcie śledziony u zwierzęcia wpływa na przedłużenie czasu wydzielania salwarsanu i że druga lub trzecia dawka gonakryny dożylnie podanej u niektórych ludzi może wydzielać się w czasie dłuższym, aniżeli dawka pierwsza. Jeśli wolno porównać fizjologię człowieka z fizjologią zwierzęcia, wtedy wolno nam wnioskować, że: *Dożylne wlewanie trypaflawiny lub gonakryny może m. i. wywołać zaburzenie czynności śledziony, objawiające się przedłużeniem czasu wydzielania się barwika akrydynowego.*

Między doświadczeniem Assuy a mojem istnieje zatem wyraźne podobieństwo. Można przyjąć, że pierwsze podanie barwika akrydynowego u osób z wrażliwym układem ś.-s. może wywołać częściowe jego zablokowanie (u Assuy odpowiada to usunięciu śledziony), skutkiem czego następna dawka barwika, natrafiając na aparat czasowo uszkodzony, zostaje wydzielona w czasie dłuższym (podobnie jak to się dzieje z salwarsanem w doświadczeniu Assuy).

Sposób badania czynnościowego układu śródbłonkowo-siateczkowego przez kilkakrotne dożylne wlewanie gonakryny.

Przed przystąpieniem do samego badania czynnościowego układu ś.-s. należy zbadać stan narządów wewnętrznych osoby, w szczególności nerek, serca, wątroby, skóry (obrzęki?) i t. p. W razie obecności jednego z schorzeń wymienionych próba daje oczywiście wyniki fałszywe. Dla zbadania serca wystarczy badanie kliniczne, dla zbadania nerek dokładny rozbiór moczu i próby czynnościowe: próba obciążenia wodą i próba koncentracyjna.

Następnie wstrzykuje się dożylnie 2% roztwór gonakryny w stosunku do ciężaru ciała badanego w ten sposób, że na każdy kilogram ciężaru ciała podaje się 1/20 cm^3 2% roztworu gonakryny. (Na każdy kilogram wagi przypada zatem 0,001 g gonakryny *in substantia).* Gonakrynę należy podawać tylko w dzień, gdyż przy świetle sztucznem zawodzi stwierdzanie fluorescencji w moczu. Następnie ogląda się mocz badanego przez szereg następnych dni, zawsze o tej samej porze dziennej, w której barwik podano, zatem po 24 godz., 48 godz. i t. d. Mocz należy oglądać przy świetle zwyczajnem dziennem, nigdy bezpośrednio w świetle słonecznem. Po pewnym czasie oko badającego nabiera wprawy i odróżnia wyraźnie fluorescencję gonakrynową od fluorescencji moczu prawidłowego. Choremu należy polecić, aby przed każdorazowem zjawieniem się u lekarza zatrzymywał mocz w pęcherzu przez kilka godzin. Mocz silnie wysycony może, mimo obecności w nim barwika akrydynowego, nie wykazywać barwą swą obecności tego barwika. Wobec czego w razie oddania przez badanego moczu mocno wysyconego należy rozcieńczyć go wodą, wtedy w razie obecności barwika akrydynowego mocz przybiera odcień wyraźnie zielonawo-fluo-

[9]) Cyt. w pracy Priggego: Mediz. Klinik. Nr. 27. 1931.

ryzujący, w odróżnieniu od moczu prawidłowego, który po rozcieńczeniu przybiera raczej barwę żółtą [10]). Wyniki niepewne należy uważać za ujemne. Pozatem zaleca się badanemu, aby przez czas trwania badania czynnościowego prowadził możliwie jednolity tryb życia, bez specjalnych wysiłków. Zmiana dotychczasowego trybu życia badanego jest jednakowoż niekonieczna, chodzi bowiem o zbadanie czynności układu ś.-s. w codziennych warunkach badanego. Do pewnego stopnia jest również konieczne jednolite odżywianie się, zwłaszcza ilość przyjmowanych płynów. Każdorazowe oglądanie moczu badanego o tej samej porze dnia jest konieczne dlatego, ponieważ bierzemy pod uwagę o ile możności okres czasu, w którym ustrój badanego znajduje się prawdopodobnie w podobnych warunkach. W razie zniknięcia fluorescencji w moczu, ogląda się jeszcze mocz przez jeden, lub dwa dni następne, poczem w razie prawidłowego zabarwienia moczu powtarza się wlewanie dożylne, obserwując ponownie czas wydzielania się drugiej dawki. Zwyczajnie ograniczałem się do trzech prób, każdorazowo z przerwą jedno- lub dwudniową. Po trzech wlewaniach uzyskuje się już obraz sprawności układu ś.-s.

W przypadkach, gdy badający nie jest całkowicie pewny, czy mocz zawiera jeszcze ślady barwika akrydynowego, można dodać do szklanki z moczem szczyptę octanu ołowiowego *in substantia* i wstrząsać kilkakrotnie. Po opadnięciu soli płyn zawiera z barwików wyłącznie barwik akrydynowy, gdyż wszystkie inne zostały strącone octanem ołowiu. Badanie kolorymetryczne może być zastosowane celem dokładniejszego oznaczenia nasycenia moczu barwikiem, jednakowoż w praktyce może być zbyteczne.

W ten sposób można sobie stworzyć pewien obraz sprawności układu ś.-s. danej osoby. Pierwszy zastrzyk natrafia na układ ś.-s. świeży, nieprzeciążony, skutkiem czego praca nań nałożona może jeszcze z łatwością być wykonana. Dopiero dalsze obciążenie barwikiem może wykazać, czy w tym czasie układ ten zdołał wrócić do stanu pierwotnej sprawności.

Sposób ten daje się porównać z t. zw. podwójnem obciążeniem węglowodanami, znanem dobrze w badaniu sprawności trzustki. U człowieka zdrowego, jak wiadomo, podnosi się po podaniu doustnem glukozy poziom cukru we krwi do pewnego poziomu. Jeżeli w 1 do $1^1/_2$ godziny po pierwszej dawce glukozy poda się dawkę drugą, wtedy u człowieka zdrowego dalsza podwyżka poziomu cukru we krwi zupełnie nie nastąpi lub będzie nieznaczna. Natomiast u chorego na cukrzycę wystąpi po drugiej dawce glukozy ponowne podwyższenie się poziomu cukru we krwi, które dla nasilenia cukrzycy u danej osoby jest bardzo charakterystyczne. Objaw ten u chorego na cukrzycę tłumaczymy w ten sposób, że druga dawka glukozy przypada na moment, kiedy pobudliwość komórek wątroby po podaniu pierwszej dawki cukru jeszcze nie ustąpiła. Każda nowa dawka trafia na resztki poprzedniego jeszcze nieprzywróconego do normy stanu pobudliwości. Podobnie chciałbym tłumaczyć zachowanie się chorego w czasie kilkakrotnego podawania barwika akrydynowego. O ile nie nastąpiła dłuższa przerwa, potrzebna do zupełnego powrotu układu ś.-s. do stanu prawidłowego, każda następna dawka, mimo iż organizm przestał już barwik wydzielać, natrafia na zmieniony stan układu, skutkiem czego wychwytywanie drugiej i trzeciej dawki jest upośledzone. Zależnie więc od tego, jak zachowywać się będzie wydzielanie drugiej i trzeciej dawki u badanego, można wnioskować o stanie sprawności, wytrzymałości i zdolności regenerowania się układu ś.-s. danej osoby w warunkach, w których doświadczenie przeprowadzamy. Jeżeli po drugiem lub trzeciem wlewaniu barwika otrzyma się przedłużenie czasu wydzielania, to można powiedzieć, że pierwsza lub druga dawka zdołała częściowo zablokować układ omawiany. Natomiast jeżeli drugie lub trzecie wlewanie barwika nie zdołało przedłużyć czasu wydzielania go, wtedy wytrzymałość układu ś.-s. jest większa, uszkodzenie nie nastąpiło.

Wyniki badania.

Sposobem wyżej opisanym przebadałem czynność układu ś.-s. u czterdziestu osobników. Z tego znaczny odsetek przypadał na ludzi zupełnie zdrowych lub ozdrowieńców po przebytej lekkiej rzeżączce przedniej części cewki. Z chorób skórnych badałem przypadki łuszczycy, rozleglejszych zmian wypryskowych, kiły, przedewszystkiem trzeciorzędnej, choroby Duhringa, gruźlicy skóry, świerzbiączki limfatycznej, ziarnicy limfatycznej *(lymphogranuloma)*, wreszcie zapalenia skóry i wtórnej erytrodermji. Na podstawie wyników uzyskanych u ludzi zdrowych okazało się, że przeważna część ludzi zdrowych jest dość wrażliwa na barwiki akrydynowe, jak trypaflawina lub gonakryna, że barwiki te dożylnie podane mają raczej właściwości częściowo blokujące, aniżeli pobudzające układ ś.-s. Toteż wyniki uzyskane u osobników zdrowych bardzo często przedstawiały się w ten sposób, że pierwsza dawka barwika wydzielała się w przeciągu 3—4 dni, podczas gdy czas wydzielania się dawki drugiej lub trzeciej był o 1—2—3 dni dłuższy (podobnie jak w przypadku na wstępie opisanym). Natomiast w szeregu dermatoz, zwłaszcza takich, w których rozległe części skóry były w stanie mniej lub bardziej zapalnym (zapalenia skóry, rozległe wypryski zwłaszcza sączące, erytrodermje i t. p.) czas wydzielania się barwika był skrócony niejednokrotnie o połowę i więcej. W niektórych przypadkach, np. w przypadku erytrodermji u mężczyzny 58-letniego o nieznanej etiologji, następnie w przypadku rozległego wyprysku zawodowego u 42-letniego piekarza, ślady fluorescencji w moczu już po upływie 24 godzin od wykonanego wlewania zaledwie dały się stwierdzić. Dopiero drugą lub trzecią dawkę barwika chorzy tacy wydzielali zaledwie przez dwie doby. Wyczerpanie omawianego układu widocznie powstawało u tego rodzaju chorych znacznie trudniej, aniżeli u ludzi zdrowych. Ta wybitna zdolność zatrzymywania barwika akrydynowego, pozostająca prawdopodobnie też w związku z rozległem zajęciem skóry świadczy o tem, że u osobników tych układ ś.-s. znajduje się w stanie wzmożonej czynności. Do jakiego stopnia skóra, jako narząd wychwytujący barwik, ma znaczenie w takich schorzeniach, trudno odpowiedzieć. Spostrzeżenia kliniczne na początku tej pracy wymienione zdają się przemawiać za rolą czynną skóry, zwłaszcza skóry chorej, która jak wiadomo z badań innych, wykazuje dążność do gromadzenia szeregu związków chemicznych [11]).

Jednak zaznaczyć należy, że niejednokrotnie także u ludzi zupełnie zdrowych, niewykazujących też żadnych objawów schorzenia skóry, charakter wydzielania barwika akrydynowego odpowiadał raczej typowi, stwierdzonemu u osób o wzmożonej pobudliwości układu ś.-s. Ponadto mogłem stwierdzić, że charakter krzywej wydzielania barwika, badany u tego samego osobnika w odleglejszych odstępach czasu, wykazywał niejednokrotnie pewne odchylenia od swego zwykłego typu. Widoczne jest, że sposób wychwytywania, przerabiania, magazynowania i wydzielania barwika może w różnych okresach życia wykazywać odmienny charakter. Spostrzeżenie to jest, mojem zdaniem, ważne, gdyż może ono rzucić pewne światło na różnorodne zachowanie się ustroju, będącego pd działaniem jakiegoś leku, w rozmaitych okresach życia.

Wnioski.

Zanim przejdę do wniosków, wynikających z powyższych badań, chciałbym zwrócić uwagę na rzecz następującą: celem niniejszej pracy nie jest wprowadzenie jeszcze jednego sposobu badania czynności układu ś.-s. Badań czynnościowych tego układu jest dosyć, nie są one ścisłe, jak już na wstępie zaznaczyłem. Celem niniejszych badań było stwierdzenie zachowania się ustroju, w szczególności jego układu ś.-s. pod wpływem dożylnie kilkakrotnie podanego barwika akrydynowego. Jeśli chodzi o sam barwik użyty w powyższych doświadczeniach, widać, że szablonowe podawanie trypaflawiny lub gonakryny w celach leczniczych w pewnych regularnych odstępach czasu jest nieuzasadnione. Ponieważ nietylko ludzie chorzy, ale i zdrowi wydzielają barwik ten odmiennie, winno się podawanie tego środka stosować osobniczo, z uwzględnieniem wysokości dawki i czasu potrzebnego do usunięcia preparatu z ustroju. Równomierne podawanie tego leku mija się z celem, gdyż każda następna dawka natrafia na lek, znajdujący się jeszcze w tkankach, skutkiem czego gromadzenie się środka jest możliwe.

Sądzę, że nie odbiegnę zbyt daleko od wniosków, dopuszczalnych na podstawie tej pracy, jeżeli wyniki doświadczeń uzyskane na podstawie obserwacji wydzielania się barwików akrydynowych zastosujemy do niektórych innych leków, podawanych dożylnie.

Każdy związek chemiczny podawany dożylnie, doustnie, czy też inną drogą, jest ciałem obcem, które musi być przez ustrój zmagazynowane, rozbite, przemienione na ciało obojętne, wydzielone i t. p. Że ten cały proces nie odbywa się już pod względem samego czasu trwania dla każdego ustroju wedle jednakowego wzoru, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Toteż podawanie, zwłaszcza dożylne, leków według pewnego szablonu jest fałszywe i musi prędzej czy później trafić na osobę, która odpowie

---

[10]) Przyczyna tego jest jasna: barwa wodnego roztworu gonakryny jest w silnych stężeniach brunatna i czerwono-brunatna, w słabszych zielona. Mocz silnie wysycony barwikiem akrydynowym jest barwy brunatnawej, podobnie jak mocz prawidłowy; rozcieńczony wodą staje się zielony.

[11]) Porównaj: A. Nadel: Chemische Studien an der menschlichen Haut, Biochem. Zeitschr. Bd. 249. H. 1—3; Archiv. f. Dermat. u. Syph. Bd. 165, H. 3. 1932; Bd. 167. H. 1. 1932.

objawami nietolerancji. Kto wie, czy nie moglibyśmy uniknąć niejednego uszkodzenia ustroju, gdybyśmy bodaj trochę mogli poznać osobniczy przebieg magazynowania, przerabiania i wydzielania każdego podanego leku i to nietylko dawki pierwszej, ale przedewszystkiem dawek następnych, które, jak widzieliśmy, mogą pod względem czasu wydzielania się zachować się inaczej, aniżeli dawki początkowe. Uważam, że szereg zatruć posalwarsanowych, powstających nie po dawkach pierwszych, ale po dawkach dalszych, może być właśnie wywołany tem, że stosujemy preparat w równych odstępach czasu, nie licząc się z faktem, że stan układu ś.-s. jest wtedy inny, aniżeli na początku leczenia [12]). Jeżeli mimo niekiedy szablonowego dawkowania najrozmaitszych leków nie stwierdza się tak często bezpośrednich zaburzeń. nie jest to często zasługą leku, lecz raczej ustroju ludzkiego, mogącego w razie potrzeby rozporządzać tysiącem sposobów i możliwości zobojętniania szkód, mogących powstać wskutek dostania się do ustroju ciała obcego. Istnieją leki, które *in vitro* mają własności uszkadzania niektórych ważnych składników krwi, np. fermentów. Te same leki podane dożylnie nie wywołują żadnych większych zaburzeń. Nie ulega wątpliwości, że lek uszkadzający pewne fermenty *in vitro* nie może być dla ustroju zupełnie obojętny, mimo iż sposobami naszemi nie jesteśmy w stanie tego uszkodzenia wykazać. Uważam, że także w tym wypadku rozstrzyga nietylko wysokość dawki preparatu, ale przedewszystkiem zdolność ustroju zobojętniania i szybkiego usuwania preparatu.

Należy pamiętać, że szereg leków podawanych dożylnie posiada osobnicze własności pod względem czasu znikania z obiegu krwi, magazynowania się i wydzielania się z ustroju ludzkiego. Tylko wtedy będziemy panami w leczeniu preparatami, zwłaszcza mającemi skłonności do gromadzenia się w ustroju, jeśli będziemy mogli poznać u każdego leczonego losy podanego preparatu i to nietylko dawek początkowych, ale przedewszystkiem dawek dalszych. Te zaś ostatnie, jak wykazałem, mogą pod względem czasu, potrzebnego do zupełnego ich usunięcia z ustroju i wpłynięcia tem samem na powrót układu śródbłonkowo-siateczkowego do stanu pierwotnego, zachowywać się zupełnie odmiennie od dawek początkowych.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

O cytowaniu i o własności autorskiej w naszej historjografji medycznej.

Historja medycyny jest nauką względnie młodą tak, że nie zdążyła sobie jeszcze ustalić metod i podnieść się na poziom, obowiązujący w innych naukach. Mamy zawsze w naszej historjografji medycznej sporo prac feljetonowych lub encyklopedycznych, które mają albo chcą mieć własne normy, polegające na tem, że autor zwykle nie cytuje źródeł, z których czerpie. Ale niecytowanie prowadzi niekiedy do następstw, już za daleko idących, przeciwko czemu należy koniecznie protestować.

Bilikiewicz w swej monografji o Jonstonie (1931) opowiada, jak to długi szereg autorów XIX wieku pisał o Jonstonie, powtarzając słowa z r. 1811 ojca polskiej historjografji medycznej Arnolda i powtarzając także jego błędy (por. Bilikiewicz str. 54). Arnold nie podał, skąd czerpał swoje wiadomości (co w r. 1811 było może jeszcze dopuszczalne), a inni nie szukali, lecz powtarzali jeden za drugim, biorąc materjał z drugiej, nawet z trzeciej ręki.

Innym przykładem podobnego braku metody jest wersja, jakoby w Szkole Głównej Koronnej w Krakowie za Komisji Edukacyjnej były już 3 kliniki, wewnętrzna, chirurgiczna i położnicza, czego bynajmniej nie było i być nie mogło. Błąd ten pochodził z mylnej interpretacji, a potem przekręcenia (które tak łatwo towarzyszy niecytowaniu) słów Brodowicza, który podawał, że w szpitalu akademickim św. Barbary w Krakowie za Komisji Edukacyjnej leżeli chorzy wewnętrzni, chirurgiczni oraz położnice. Pisałem o tem w *Krakowskiej Szkole Lekarskiej po reformach Kołłątaja* (1929, str. 62).

Podobnych przykładów możnaby przytoczyć bardzo wiele. Wszystkie one wykazują, że jest rzeczą konieczną cytowanie źródeł, z których autorowie czerpią swoje wiadomości. Tego wymaga metoda naukowa.

Ale niecytowanie źródeł prowadzi niekiedy jeszcze do innej sprawy, mianowicie, do naruszenia własności autorskiej. Jeżeli ktoś szuka np. parę lat portretu jakiejś wybitnej osobistości, nareszcie go znajduje i umieszcza w swojem dziele, to przecież słuszność wymaga, żeby prawo własności autorskiej zostało przy nim. Jeśli potem przychodzi ktoś i całkiem poprostu zamieszcza ten sam portret w swojej pracy, nie podając wcale źródła, skąd portret ten wziął, to to się nazywa naruszeniem własności autorskiej.

Takiem samem naruszeniem będzie, jeżeli ktoś w swojej pracy albo w swoich wykładach podaje cudze poglądy, a nie przytacza autora, jeżeli ogłasza swój kurs wykładów, w których zapożyczył całe ujęcie filozoficzne epoki, a nie przytoczy, skąd to wziął, albo nawet jeśli przytoczy właściwego autora, ale dopiero gdzieś na końcu obok autorów błahych tak. że czytelnik może nabrać tylko fałszywego mniemania, iż autor kursu podaje poglądy własne. Wszystko to musi być nazwane naruszeniem własności autorskiej. Jest rzeczą słuszną oddać zawsze *suum cuique* jasno i niedwuznacznie.

Ponieważ historja medycyny jest nauką ponętną i zajmującą, a równocześnie mało znaną, zdarza się, że gdy się ukaże publikacja, przynosząca coś nowego, rychło z niej poczynają czerpać dziennikarze, którzy w prowincjonalnych dziennikach zamieszczają całe wypisy z cudzego dzieła, nie cytując wcale źródła. skąd czerpią.

Rozważywszy to wszystko, dochodzi się do przekonania, że trzeba przypomnieć głośno o istniejącej w Polsce ustawie z roku 1926 o prawie autorskiem, które jest ujęte bardzo szeroko i zajmuje się „wszystkiemi przejawami działalności duchowej, które noszą cechę osobistej twórczości". Prawo to pozwala autorom korzystać z cudzych utworów naukowych lub literackich w pewnym zakresie, ale zawsze „pod warunkiem, że zapożyczający poda źródło zapożyczenia i twórcę".

W art. 58 ustawy czytamy wyraźnie tak:

„Gdy ktoś nie podaje w swym utworze autora, z którego zaczerpnął treść lub wypis, przez co może powstać błędne mniemanie co do autorstwa", — to to jest krzywdą wyrządzoną właściwemu autorowi i t. d. Dalej jest mowa o postanowieniach karnych. Podobnie rzecz się ma z portretami, fotografjami.

Uważałem za konieczne przypomnieć i podkreślić, jaki jest u nas w Polsce faktyczny stan rzeczy w sprawie cytowania źródeł, a to na użytek i dla ochrony przedewszystkiem wszystkich tych autorów, którzy publikują lub mają zamiar publikować rzeczy oryginalne.

Władysław Szumowski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 9. 1935. Uhma Cz.: Zmiany w ciśnieniu krwi pod wpływem kąpieli mineralnych kwasowęglowych zdrojów krynickich. — Wiński J.: Przypadek zwapnień opłucnowych obustronnych. — Metler St.: Ciąża mnoga a rzucawka porodowa na podstawie materjału z Wojewódzkiej i Uniwersyteckiej Kliniki dla kobiet w Poznaniu z okresu od 1919—1933 r. Henke: Etyka lekarska a życie.

Medycyna. Nr. 9. 1935. Grott J. W.: W sprawie palpacyjnego badania trzustki. — Trojanowski J.: Przypadek jednoczasowego wysiękowego obustronnego zapalenia opłucnej. — Wołkowyski N.: Przypadek ciała obcego (nerwociągu) w oskrzelu płuca lewego. — Skłodowski J. i Missol H.: Rzadki przypadek urazu czaszki. — Hirszberg St.: Etjologia, patogeneza i leczenie swędzenia samoistnego. — Lauber J.: Wpływ towarzystw lekarskich na poziom wykształcenia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 9. 1935. Landau J.: Organizujmy wreszcie stan lekarski. — Rodziewicz Fr.: Wolny wybór lekarza — a sprawa bezrobocia wśród lekarzy. — Pręgowski P.: Od przyjaciół broń mnie Boże... — Czerwiński St.: Zabiegi chirurgiczne połączone z uszkodzeniem zdrowia osoby trzeciej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 19. 1935. Ryszkowska M.: Porównawcze badania działania nymfaliny na serce i naczynia.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 5. 1935. Simon G.: Zaniedbane zagadnienie w ubezpieczeniach społecznych. — Mateja St.: Odpowiedzialność za wypadek przy pracy i wypadek

---

[12]) Meirowsky, który rozporządza wielką statystyką zatruć posalwarsanowych, jest zdania, że wszystkie ciężkie schorzenia skóry, powstające po stosowaniu arsenobenzolu są następstwem tylko przedawkowania leku.

przy pracy (dok.). — Łuczyński F.: Samopomoc pierwotna. — Giebocki St.: Lekarz domowy w perspektywie. — Zawadzki J.: Kryzys gospodarczy a ubezpieczenie społeczne w Polsce. — Krogulski Fr.: Obowiązkowo ubezpieczeni w ubezpieczalniach społecznych w 1934 r. — M. K.: Ryzyko niemowlęctwa. Teisseyre K.: Rzut oka na przepisy o konwersji i uporządkowaniu długów rolniczych.

Klinika Współczesna. Nr. 4. 1935. Miesięcznik referatowy.

Pedjatrja Polska. T. XV. Z. 2. 1935. Stobiecka M.: Badania postawy dzieci chorych. — Janowska Z.: Z kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózgowych. — Chwalibogowski A. i Goldszlag F.: Przypadek periarteriitis nodosa u 5-letniego dziecka. — Kossakowski J.: W sprawie powikłań pooperacyjnych przebiegających wśród objawów zespołu bladości i przegrzania u dzieci. — Kossakowski J.: Przypadek ropowicy języka u dziecka. — Balukiewicz I.: Przypadek agranulocytozy u dziewczynki 11-letniej.

Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 1. 1935. Rostkowski L.: Szczypczyki do operacji Deniga. — Melanowski W. H.: Wpływ chorób oczu na zdolność do pracy. — Zachert M.: Zwalczanie jaglicy w 1933 r.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batorego — Organ T-wa Lekarskiego woj. nowogródzkiego i Wileńsko-nowogródzkiej Izby Lekarskiej. R. XI. Z. 1—2. 1935. Michejda K.: Wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych. — Wąsowski T. i Samborski J.: Zmiany anatomo-patologiczne w okolicy nerwu błędnego, spowodowane sztucznym zakrzepem żyły szyjnej wewnętrznej. — Dylewski B.: Rozwój mowy u dzieci w Wilnie. — Łapiński A.: O aglutyninach we łzach chorych na twardziel. — Kapłan A.: Wrzód trawienny w wieku dziecięcym. — Makow J.: Zmiany we krwi królika pod wpływem doświadczalnych zastrzykiwań dożylnych lecytyny. — Biełoszabski W.: Sprawozdanie z IV Międzynarodowego Zjazdu Radjologów w Zurychu.

OCENY.

Pałac połamanych lalek. JERZY BANDROWSKI. Warszawa. Dom Książki Polskiej. Sp. Akc. 1935.

Przysyłanie utworów literackich dla oceny w piśmie fachowem ma zapewne na celu zainteresowanie lekarzy treścią książki. Lekarze zajmują się często literaturą, i literaci zajmują się medycyną. Szekspir przecie odróżniał symulantów i warjatów i wygłaszał zdania prorocze dotyczące leczenia obłąkanych (Król Lear). Z nowszych pisarzy Flaubert, Maupassant, Czechow, i wielu innych aż do Martin du Guard i Celine'a pisali dużo o medycynie. Wszelako ci wymienieni unikali szczegółów, zadawalniali się jak istotni artyści ogólnemi poglądami, albo traktowali swych bohaterów raczej *sub specie aeternitatis.* Rozumieli, że nikt nie zechce uczyć się od nich sztuki lekarskiej, ani sądzili, że mogą coś dodać od siebie do tej poważnej nauki. Opisywanie operacji, lub badania chorych wydało im się zapewne ani zajmujące ani właściwe. A może obawiali się — aż nadto słusznie, że o tem nic powiedzieć nie potrafią, coby nie trąciło dyletantyzmem. Zresztą nie leży to w zakresie żadnej sztuki dążyć do realizmu, — wszyscy naturaliści byli poetami — inaczej niktby ich nie czytał. Przenoszenie spraw lekarskich do literatury ma niezdrową tendencję wywołania sensacji, jak robienie z teatru sądu, lub kliniki. Toteż wszystko co dotyczy medycyny jest w książce zwanej Pałacem połamanych lalek, czyli mówiąc poprostu oddziałem chorób nerwowych jakiegoś szpitala bez żadnej literackiej wartości, bo ani nowych wzruszeń ani nawet nowych przeczuć czytelnikowi dać nie może. Natomiast bardzo zabawna jest postać opowiadacza. Książka pisana jest niby pamiętnik i trzymana w bardzo umiarkowanym objektywizmie. Banalna miłość nie bardzo wiedząca czego chce — zapewne partnerka była równej miary umysłu i serca — zakończyła się zerwaniem nibyto spowodu nie dość bezwzględnego nabożeństwa dla bohatera (patrz Lawrence: Synowie i kochankowie). Ratunek w nieszczęściu był równie banalny jak samo nieszczęście: piwo z wódką — potem nastąpiło leczenie i wyleczenie oczywiście tylko pozorne i czasowe. Autor z wielką umiejętnością oddał charakter swego bohatera i stworzył — gdyby go tworzyć potrzeba — typ niedouczonego a dość pewnego siebie malkontenta, który wtrąca się do wszystkiego i gotów mówić o wszystkiem szczególniej sceptycznie i raczej impertynencko, jak zwykle nieucy. Lubi czasami przeholować, ale autor bardzo umiejętnie nie wzbrania mu tego. Dowiadujemy się przeto o licznych nieporozumieniach pomiędzy nauką a bohaterem i licznych zboczeniach z drogi istotnie wydarzających się zdarzeń. Mimo jednak tej godnej pochwały wstrzemięźliwości w ocenieniu swego bohatera, autor bardzo niewielkie wywoła nim wrażenie, bo dużo podobnych i może trochę żywiej naszkicowanych bezdogmatystów literatura nasza posiada. Od sztuki wymagamy nowych sposobów tworzenia, nowych sposobów odczuwania, inaczej wzruszenia ani nawet uwagi czytelnika wzbudzić nie można. Nie o fabułę chodzi, ale o rodzaj człowieka, nie o treść tylko, raczej o sposób i drogę, którą bohater wybierze. Tego w książce J. B. trudno się doszukać. Książka mogłaby raczej zająć czytelników niefachowych, ale tu znowu nie spełni należycie zadania, bo wprowadza w błąd licznemi, aż nadto zrozumiałemi nieścisłościami. Filozofja tego pacjenta jest równie banalna jak cały jego żywot, a wygłoszone z wielkiem naciskiem zdanie — (sądząc przynajmniej z wielkości druku) — „Że nic nie wiemy" jest w jego ustach bez znaczenia, bo chyba nie potrzeba podkreślać, że ten tylko ma prawo mówić, że nic nie wie, kto wie bardzo dużo, kto zna i poznał liczne myśli i zjawiska. — ale kto tak niewiele umie, w tego ustach wyznanie swej nieświadomości jest raczej rozbrajającą naiwnością. Godzi się zaznaczyć, że cytowana Gaia Scientia Nietzschego jest autorowi pamiętnika równie nieznana, jak dużo innych rzeczy, bo utwór ten jak wszystko co Nietzsche pisał, jest tak niezgodne z zapatrywaniami wyrażonemi w pamiętniku, że wygląda to raczej na jedno z licznych nieporozumień pomiędzy autorem pamiętnika a dziełem cytowanych autorów. Bądźcobądź uważaćby to można za satyrę, i byłoby może jeszcze lepiej, gdyby autor ukrócił nieco gadatliwość swego bohatera właśnie w sprawach z chorobami nerwowemi styczność mających.

W. Moraczewski (Lwów).

Sąd idzie. IRENA KRZYWICKA. Wydawnictwo „Rój". Warszawa. 1935.

Jest to zbiór sprawozdań z wrażeń autorki, odczutych w czasie śledztwa i sprawy na sali sądowej. — Słuszne niewątpliwie są niektóre uwagi o niegrzeczności niektórych sędziów, albo o przykrości niektórych wyroków, ale sprawiedliwość jest rzeczą bardzo trudną do określenia, i może i sama autorka jest niezawsze sprawiedliwa w ocenianiu win i przestępstw. Nie należy jednak wątpić o jej najlepszych chęciach, nawet kiedy powtarza zdania, które bardziej wymownie pani Konopnicka wygłaszała.

W. Moraczewski (Lwów).

Gehirnpathologie vornehmlich auf Grund der Kriegserfahrungen. KLEIST KARL. XV und 1408 Seiten, 413 teils farbige Abbildungen im Text mit 6 Tafeln. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Leipzig 1934.

Od szeregu lat spotykał neurolog w różnych wydawnictwach mniejsze lub większe artykuły, ręką prof. Kleista skreślone, omawiające poszczególne rozdziały aktualne neuropatologji teoretycznej i praktycznej, ujęte z bardzo oryginalnego punktu widzenia i punktu wyjścia.

W r. b. autor, prof. frankfurckiej kliniki neurologicznej, wydał ogromny tom, blisko 1.100 str. obejmujący, łączący w jedną całość te pozornie niezależne od siebie, a jednak ściśle ze sobą sprzężone artykuły, — słowem wszystko to, co w skrótach autoreferatowych ogłoszone zostało przez blisko 10 lat w różnych czasopismach — z załączeniem ogromnego dowodowego materjału kazuistycznego i nader obfitych ilustracyj. Ta ogromna monografja z tytułem „Patologja mózgu na tle doświadczenia wojny wszechświatowej" stanowi jednocześnie 4 tom wielkiego wielotomowego podręcznika, w swoim rodzaju dzieła epokowego, wydanego pod auspicjami v. Sehjerninga: *Handbuch der aerztlichen Erfahrungen im Weltkriege.*

Niekoniecznie lekarz, który osobiście brał udział w wojnie i pamięta jej ofiary neurologiczno-psychjatryczne chętnie przeczyta lub przerzuci tę księgę benedyktyńskiej pracy, ale uczyni to każdy neurolog i psychjatra, o ile go stać na bardzo drogą monografję, mimo iż nie wiąże go to z przymusowem nabyciem całości.

Kleist opracował bardzo sumiennie porównawczo, zarówno ze stanowiska klinicznego i anatomo-patologicznego, jak z psychologicznego, blisko 300 własnych przypadków urazów wojennych mózgu i czaszki oraz 100 przypadków spraw ogniskowych, pokojowych. Materjał, przytłaczający ogromem, wyzyskany w ciągu lat kilkunastu bez zarzutu i wszechstronnie obficie na każdym kroku ilustrowany! Objawy podrażnieniowe i ubytkowe natury pourazowej, pozapalnej i pozwyrodnieniowej mają rozstrzygać o walorach lokalizacyjno-topograficznych w najdrobniejszych szczegółach, nietylko w dziedzinie ducha, intelektu i wzruszeniowości, nietylko w dziedzinie neurologji, psychjatrji i psychologji stosowanej ale i w sferze histologji, architektoniki i pedagogiki leczniczej.

Treść i osnowę tego dzieła, współpracy neurologa, psychjatry i neurochirurga w jednej osobie, odtworzy najlepiej rzut oka na rozkład faktycznego materjału.

Pierwsze 2 rozdziały omawiają najbardziej przystępne dla czytelnika zaburzenia ruchu, czucia i zmysłów, przyczem autor uważał za stosowne umieścić zaburzenie smaku i węchu, ich agnozje, halucynacje i iluzje w osobnym rozdziale. Dwa następne rozdziały poddają dyskusji zaburzenia koordynacyjne mózgu oraz wszystkie zasadnicze odmiany apraksji (innerwacyjno-kinetyczna, ideacyjna, ideokinetyczna, optyczno-konstrukcyjna).

5 rozdział, jeden z obszerniejszych, poświęcony jest zaburzeniom ośrodkowym wzroku (skotomaty, hemianopsje, amnezja barw, przedmiotów, agnozja optyczna, wzrokowe ubytki inteligencji, ślepota wyrazów i liczb, aleksja, agrafja, akalkulsja, zaburzenia uwagi wzrokowej, lokalizacji optycznej, orjentacyjnej i wzrokowo-przestrzennej). Następny rozdział wentyluje bliżej podłoże anatomiczno-fizjologiczno-psychologiczne zaburzeń słuchowych i wszelkie odmiany amuzji ruchowej, zmysłowej i melodyjno-instrumentalnej. Blisko 250 stronic zajmuje ogromny rozdział afazji, wyczerpujący nietylko głuchotę wyrazową i anartję afatyczno-ruchową, ale też agramatyzm i głuchoniemotę. Specjalne dwa działy omawiają czynności zwojów czołowych w dziedzinie a) ruchu, czucia, stereognozji, b) popędu, myślenia i postępowania, c) równowagi i odruchów tonicznych (Kleyna) tułowia, szyi, oczu, kończyn, oraz d) ruchów o charakterze i cechach myostatycznych, myotonicznych i katatonicznych. Rozdziały wielce oryginalne są dwa ostatnie, wkraczające bardzo poważnie w dziedzinę psychjatrji i psychologji i traktujące o zaburzeniach w sferze czynności osobniczych *(Ichleistung, Selbst-Ich, Trieb-Ich, Körper-Ich, Gefühl-Ich)*, o ich postaciach symptomatycznych *(euphoria, dysphoria, moria)*, o ich siedlisku *(diencephalon, cingulum, gyrus orbitalis)*, o stanie czuwania, snu i bezsenności, o niesamowitych stanach świadomości i podświadomości.

Autor wszędzie posiłkuje się w precyzyjnej lokalizacji schematami pól, tablic architektonicznych Brodmana, Vogta, Economo-Koskinasa.

Godne uwagi jest zestawienie przedmowy i zakończenia tej ogromnej księgi, które dzieli okres lat dwunastu.

Dla przyszłego historjografa neuropatologji mózgu będzie wielce kusząca i pociągająca ocena porównawcza dzieła Kleista z głośnemi i popularnemi księgami niemieckiemi o celach identycznych: Meynerta, Wernickego, Flechsiga, Monakowa, Oppenheima i Henschena ubiegłych lat 50.

Dział bibljograficzny — poza rozsianemi i cytowanemi w tekście setkami prac — zajmuje 20 bitych stronic druku.

H. Higier (Warszawa).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Trwałe uszkodzenie serca i przewodnictwa sercowego po przebyciu błonicy. H. MAUTNER. Med. Klin. Nr. 20. 1934.

Jady błonicze ze szczególnem powinowactwem napastują mięsień sercowy, mogąc wywołać albo zwyrodnienie tłuszczowe na ograniczonych przestrzeniach w mięśniu sercowym albo krwotoki zwłaszcza podosierdziowe, albo wreszcie rozpad samych beleczek mięśniowych, na miejsce których rozwija się tkanka łączna. O ile rozpad ten i rozrost tkanki łącznej ogarnia większe części mięśnia sercowego, wówczas przychodzi do marskości m. sercowego. Niejednokrotnie, a zwłaszcza nacieki tłuszczowe, cofają się zupełnie, nie pozostawiając żadnych śladów w mięśniu sercowym. Wyżej wspomniane zmiany najczęściej usadawiają się w sąsiedztwie układu przewodzącego, doprowadzając wtedy najczęściej do zaburzenia rytmiki przewodzenia podniet ruchowych serca, stwarzając różnego typu niemiarowości. Autor opisuje zjawienie się po przebyciu błonicy już w wieku dojrzałym niemiarowości zatokowej z częściowym blokiem przedsionkowo-komorowym z automatyzmem komór. Klinicznie poza dolegliwościami podmiotowemi, stwierdza się osłuchem trzy tony, z których jeden pochodzi od odrębnie bijącego przedsionka, a dwa od komór.

Z. Godłowski (Kraków).

Zagadnienie histerji w praktyce. C. FERWERS. Med. Klin. Nr. 20. 1934.

Histerja jest cierpieniem, które może naśladować wszystkie schorzenia, można przeto w każdym dziale medycyny z nią się spotkać. Autor rozróżnia dwa typy histerji: dla jednego daje możność rozwijania się różnych objawów; typ drugi reprezentuje t. zw. histerja wojenna i na ten rodzaj cierpią zazwyczaj mężczyźni, podczas gdy na typ pierwszy raczej kobiety. Najodpowiedniejszem leczeniem tych schorzeń, uważa autor, jest odosobnienie, zwłaszcza z otoczenia życia codziennego. Tego rodzaju leczenia najczęściej jednak w praktyce nie udaje się przeprowadzić.

Z. Godłowski (Kraków).

Wskazania do leczenia zgłębnikiem jelitowym wrzodu żołądka. B. MISSKE i H. G. SCHOLTZ. Med. Klin. Nr. 28. 1934.

Autorzy używali jako zgłębnika jelitowego cienkiego drenu używanego do wentyli rowerowych, zaopatrzonego na końcu oliwką srebrną. Zgłębnik wprowadzali przez nos przy prawobocznem ułożeniu chorego. Przez wprowadzanie płynów odżywczych wprost do jelita cienkiego omija się żołądek, chroniąc go przez to od bodźców pokarmowych do wytwarzania kwasów, oraz chroniąc samo owrzodzenie przed mechanicznemi urazami pokarmów. Czasami przy szybkiem wprowadzaniu płynów odżywczych chorzy doznają niemiłego uczucia, które można usunąć albo wolniem wprowadzaniem płynu lub zastrzykiem atropiny, nie należy w każdym razie zrażać się temi dolegliwościami i przerywać leczenia, zwłaszcza w początkach. Chorych leczonych tym sposobem należy pomieszczać razem, jak również nowi chorzy powinni przed leczeniem znajdować się w ich otoczeniu przed rozpoczęciem leczenia; tak w jednym, jak i drugim przypadku chodzi o stronę psychiczną chorych. Zdaniem autorów, wskazaniem do tego rodzaju leczenia są wrzody krzywizny mniejszej, drążące, nieokazujące skłonności leczenia się sposobami dietetyczno-farmakologicznemi. Owrzodzenia dwunastnicze okazują oporność na ten sposób leczenia. Czas trwania leczenia powinien wynosić około 5 tygodni. Autorzy popierają swe wywody teoretyczne opisem leczenia przypadku wrzodu drążącego krzywizny mniejszej z dużym uchyłkiem wrzodowym w obrazie rentgen. oraz typowemi skargami chorego. Po 5-tygodniowem leczeniu objawy tak podmiotowe jak i przedmiotowe zupełnie ustąpiły.

Z. Godłowski (Kraków).

Choroba i śmierć po bronchografji. F. LICKINT, HIPPE. Med. Klin. Nr. 28. 1934.

Przeciwwskazaniem do bronchografji są: schorzenia serca i naczyń, stany zapalne dróg oddechowych, tak górnych jak i dolnych, zwłaszcza na tle gruźliczem, choroby zakaźne, wyniszczające, skłonności do krwotoków zwłaszcza z dróg oddechowych, stany nerwowości, nadtarczyczność. Jako powikłania bronchografji wchodzą w rachubę: wstrząsy po kokainie użytej do znieczulań; zakażenia powstałe w następstwie uszkodzeń miejscowych spowodowanych narzędziami użytemi do wprowadzenia środków kontrastowych, doprowadzając niekiedy do ropnicy lub do ropnego zajęcia śródpiersia. Dalej istnieje niebezpieczeństwo zatkania środkiem kontrastowym jednego z głównych oskrzeli, wywołując duszność, mogącą spowodować zejście śmiertelne. Zazwyczaj środek kontrastowy zostaje wykrztuszony z dróg oddechowych w ciągu krótkiego czasu, jego jednak drobne ilości mogą zalegać przez kilka miesięcy (7—8), doprowadzając do stanów przewlekło-wytwórczych, które mogą nawet stać się punktem wyjścia nowotworu złośliwego. Środki kontrastowe zawierają w sobie jod, który z oskrzeli ulega wchłonięciu i następnie drogą przez nerki zostaje wydalony nazewnątrz. Czasami jednak bądź w następstwie niedomogi wydalniczej nerki, bądź przewrażliwości ustroju na jod, może przyjść do objawów jodzicy. Niekiedy po bronchografji mogą zjawić się stany gorączkowe. Jako najniebezpieczniejsze powikłanie należy uważać zakażenie dolnych dróg oddechowych, doprowadzające do powstania ognisk zapalnych odoskrzelowych t. zw. zapaleń płuc pobronchograficznych.

Z. Godłowski (Kraków).

Dwie mało znane odmiony nieżytu żołądka: gastritis membranacea, — gastritis aphtosa. R. KORBSCH. Med. Klin. Nr. 29. 1934 r.

Po większej części przy nieżytach żołądka istnieje nadmiar śluzu, który daje się widzieć w postaci żelatynowo-szklistego obłożenia. O ile jednak zmiany zapalne drążą w głąb błony śluzowej żołądka, powodując miejscową martwicę jej z wytworzeniem białych lukrowatych nalotów, z których powierzchni powiewają strzępy, mamy wówczas do czynienia z postacią błoniastą nieżytu żołądkowego. Zmiany te zazwyczaj umiejscawiają się na szczytach fałdów bł. śluzowej, zwłaszcza ku krzywiźnie mniejszej i na tylnej ścianie żołądka. Dolegliwości podmiotowe towarzyszące tym zmianom są podobne do objawów przy owrzodzeniach trawiennych żołądka czy dwunastnicy. Rozpoznanie opiera się w tych razach na obrazie gastroskopowym. Autor opisuje przypadek tego schorzenia z załączeniem obrazu gastrosko-

powego. *Gastritis aphtosa* cechuje się tem, że istnieją liczne nadżerki powierzchowne błony śluzowej pokryte wypociną szarawą. i najczęściej się umiejscawiają w części odźwiernikowej żołądka. Także tylko obraz gastroskopowy pozwala rozpoznać tę jednostkę. Objawy podobne są do objawów w owrzodzeniu trawiennem żołądka z tem, że bóle są znacznie silniejsze. Cierpienie to zjawia się najczęściej w zimie i wczesnej wiośnie, a więc wtedy, kiedy zasób witamin w ustroju ludzkim jest najniższy. Stąd też przyczynę tego schorzenia łączy się z niedoborem witamin. *Z. Godlowski* (Kraków).

Zatrucia bizmutem przy doustnem stosowaniu leczniczem. S. SEREFIS. Med. Klin. Nr. 29. 1934.

Autor opisuje objawy ostrego i przewlekłego zatrucia bizmutem, zastanawiając się nad przyczyną trującego działania *Bismutum subnitricum,* która to postać nie jest wchłanialna przez przewód pokarmowy. Doświadczenia autora dowodzą, że podazotyn bizmutu pod wpływem działania kwasów przechodzi w chlorek lub tlenochlorek bizmutu, które dostawszy się do dolnych odcinków przewodu pokarmowego łączą się z siarką, stwarzając jej pochodne sole nierozpuszczalne i tem samem niewchłanialne. Natomiast wielowartościowe alkohole są w stanie zmienić rozpuszczalność chlorku bizmutu, umożliwiając jego wchłonienie. W przypadkach wrzodziejącego nieżytu żołądka czy też raka żołądka, w których to schorzeniach stosuje się leczniczo doustnie *Bi. subnitricum,* powstają właśnie wielowartościowe alkohole w żołądku, ułatwiając wchłanianie i przez to przewlekłe zatrucie bizmutem. Z tych też przyczyn usunięto z lecznictwa tych schorzeń *Bi. subnitricum.*

Z. Godlowski (Kraków).

Leczenie hemofilji hormonami żeńskiemi. W. CHEW, R. STETSON, G. i W. SMITH. Arch. of intern. Medic. LV. 431. 1935.

Fakt występowania hemofilji wyłącznie u mężczyzn, a nigdy u kobiet starano się już dawno wytłumaczyć w ten sposób, że w ustroju kobiecym jest jakiś czynnik fizjologiczny, który reguluje czas krzepnienia krwi, a tem samem uniemożliwia występowanie hemofilji; w ustroju mężczyzny brak tego czynnika. Rzecz naturalna, że czynnika tego zaczęto poszukiwać wśród hormonów płciowych kobiecych, a to szczególnie od czasu, kiedy Neihans (1930) stwierdził, że można przez przeszczepienie jajnika usunąć hemofilję. Myśl leczenia hemofilji wyciągami z jajników podjęła w roku 1932 Amerykanka, Birch i w serji prac ogłoszonych w *Journ. of Amer. Med. Assoc.* opisała dodatnie wyniki leczenia hemofilji zapomocą preparatów z ciałka żółtego. Zaobserwowała ona nadto bardzo osobliwy fakt zupełnego braku jakichkolwiek hormonów rujowych w moczu mężczyzn chorych na hemofilję, w odróżnieniu od moczu mężczyzn normalnych. Po tych badaniach posypały się dziesiątki prac doświadczalnych, z których niewszystkie jednak podzielały entuzjazm pani Birch i jej zwolenników (Foord i Dysart, Kimm i Van Allen, Hirst, Spoto), a niektóre — do tych należy praca referowana — nie były w stanie potwierdzić dodatnich wyników w leczeniu hemofilji sposobem pani Birch.

Autorowie pracy, lekarze w Bostonie, stosowali w szeregu przypadków lekkiej i ciężkiej hemofilji, w okresie objawowym i bezobjawowym, przez szereg miesięcy (conajmniej przez 10 miesięcy) bądźto preparaty folikuliny albo luteohormonu, bądź też oba razem, a w niektórych okresach także hormony gonadotropowe (prolan). Nigdy nie udało im się skrócić czasu krzepnienia krwi chorych (w jednym przypadku wynosił czas krzepnienia 8 godzin i 15 minut, w innych krócej), przeciwnie, niekiedy uzyskiwali, zwłaszcza po zastrzykach prolanu, nieznaczne przedłużenie czasu krzepnienia. Nie mogli dalej potwierdzić obserwacji braku hormonów oestrogenicznych w moczu krwawców, a co zatem idzie, teoretycznych podstaw, na których oparła się praca pani Birch.

W ocenie referowanej pracy należy jednak podkreślić pewien fakt, który pomijają milczeniem jej autorowie, a który, jak mi się wydaje, może mieć pewien wpływ na ich wyniki: ujemne rezultaty autorów po zastosowaniu u krwawców *theelolu, progestyny, folluteiny* i *prolanu* nie przesądzają przecież wyników prób leczenia hemofilji zapomocą innych bardziej pełnowartościowych wyciągów z ciałka żółtego lub innych części jajnika; autorowie nie docenili może możliwości istnienia w jajniku jakiegoś innego jeszcze ciała, wpływającego na krzepnienie krwi, a różnego od hormonów przebadanych przez nich. Ostatecznie pozostaje przecież fakt znany już oddawna (doświadczenia Hyneka), że w ciałku żółtem znajduje się jakaś bliżej nieznana substancja, która pobudza krzepnienie krwi.

T. Mann (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Doświadczenia z dożylnemi kroplówkami w zakażeniu połogowem. KERNER. Zbl. f. Gyn. Nr. 31. 1934.

W przypadkach septycznych podaje autor dożylne kroplówki, przyczem korzystne wyniki lecznicze kładzie nie na karb przepłókiwania żył, lecz na utrzymywanie odpowiedniego *tonus* naczyń włosowatych. Zakażenie, polegające na porażeniu naczyń włosowatych muszą zwalczać środki, które przeciwdziałają temu porażeniu, a więc adrenalina, efedryna, tonefina, i te środki winny zawsze być dodawane do płynu Ringera, jeżeli kroplówka ma skutkować. Nie mając pretensji do leczenia tym sposobem zakażeń połogowych, autor wypowiada zdanie, że kroplówka pomaga organizmowi przetrzymać krytyczny okres i zmobilizować siły obronne ustroju, potrzebne do zwalczania choroby.

T. Gizowski (Lwów).

Krwawienia wewnątrz-otrzewnowe pochodzenia macicznego. M. CHARPENTIER. Soc. Fr. de Gyn. Z. 5. 1934.

Autor podaje kilka przypadków zebranych z piśmiennictwa, w których krwotoki do jamy brzusznej występowały wskutek zmienionej ściany macicy lub jej otrzewnej. W jednym przypadku przyczyną było pęknięcie naczynia na powierzchni włókniaka, w drugim — uraz w brzuch, w pozostałych krwotok występował z macicy włókniakowatej z nieznanej przyczyny po bardzo gwałtownym bólu. Clarke i Beuzel tłumaczą to zaburzeniem w statyce narządów jamy brzusznej. Wszystkie przypadki były operowane, kilka z nich z rozpoznaniem pękniętej ciąży pozamacicznej. *H. Newlińska* (Lwów).

Macica podwójna o jednej szyjce. Histerosalpingografja. Następowa ciąża. R. SOLAL. Soc. Fr. de Gyn. Z. 5. 1934.

Powyższa zmiana rozwojowa została stwierdzona podczas histerosalpingografji, przyczem tylko lewa trąbka była nieznacznie nastrzykana. Następnie pacjentka dwukrotnie zaszła w ciążę. Pierwsza ciąża skończyła się poronieniem, jaje płodowe było umieszczone po stronie drożnej trąbki t. j. po lewej. Podczas skrobania, stwierdzono, że prawa macica wytworzyła również błonę doczesną. Druga ciąża donoszona, poród w położeniu pośladkowem, płód umiejscowiony w prawej macicy. Lewą macicę znacznie powiększoną, która również uległa zmianom ciążowym, można było wybadać dopiero w połogu.

H. Newlińska (Lwów).

O technice torakoplastyki. B. M. CARTER. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/3. 1933.

Autor podaje opis własnej techniki operacyjnej, przy której postępowanie odbiega w niektórych punktach od dotychczas stosowanych metod. Chorego układa się do zabiegu na brzuchu z workiem piasku pod stroną chorą w ten sposób, że strona chora jest uniesiona ku górze i kończyna górna tejże strony zwisa poza krawędź stołu operacyjnego. Zabieg wykonuje zawsze w znieczuleniu miejscowem. W celu stworzenia łatwiejszego dostępu do górnych żeber, wykonuje najpierw autor torakoplastykę górną, unikając w ten sposób zrostu łopatki ze ścianą klatki piersiowej, jakiby już nastąpił po wykonaniu torakoplastyki dolnej; po przecięciu ponadto przyczepów mięśnia zębatego przedniego w linji pachowej tylnej na wysokości 5 żeber górnych, łopatka daje się z łatwością odciągnąć od ściany klatki piersiowej i wraz z ramieniem opada swobodnie ku dołowi, odsłaniając żebra górne na znacznej przestrzeni; przy tem postępowaniu staje się widoczna tętnica podobojczykowa i splot barkowy. Dobry wynik pooperacyjny zależy, zdaniem autora, od rozległego wycięcia żeber; pozatem wielką wagę kładzie autor na staranne tamowanie krwawienia i jaknajbardziej delikatne obchodzenie się z tkankami. Zabieg wykonuje zasadniczo dwuczasowo w odstępie dwutygodniowym, gdy jednak stan ogólny chorego tego wymaga, wykonuje zabieg w kilku posiedzeniach. Stosując wyżej opisaną technikę uzyskał autor u 90 chorych, operowanych spowodu gruźlicy płuc, doskonałe wyniki. *W. Bross* (Lwów).

Aseptyczne zespolenie między moczowodem a esicą. CH. C. HIGGINS. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/3. 1933.

Autor opisuje nową technikę jednoczasowego, obustronnego wszczepienia moczowodów do esicy, opierającą się zasadniczo na sposobie Coffeya. Aby utrzymać normalny przepływ moczu do pęcherza tuż po operacji, autor nie przerywając ciągłości moczowodu i nie otwierając światła moczowodu i kiszki grubej wszczepia moczowód po przecięciu surowicówki i mięśniówki w ścianę kiszki grubej. Szew założony między moczowód i śluzówkę kiszki grubej powoduje wytworzenie się w ciągu 24—48 godzin połączenia światła moczowodu z kiszką grubą. Stwier-

dziwszy w rentgenogramie obecność wytworzonego połączenia, autor przecina moczowód poniżej zespolenia. Tym sposobem, utrzymującym dłuższy czas stosunki prawidłowe w górnych odcinkach dróg moczowych zapobiega się zastojowi moczu w tym odcinku i wstępującemu zakażeniu. Również możliwość zapalenia otrzewnej jest bardzo mała. Śmiertelność zwierząt operowanych według tej techniki była mniejsza niż przy stosowaniu innych sposobów. Autor zastosował swój sposób u 3 dzieci z wypadnięciem wrodzonem pęcherza oraz u 3 chorych z rakiem pęcherza i 1 chorej z przetoką pęcherzowo-pochwową z bardzo zadowalającym wynikiem; jednakże sam przyznaje, że czas obserwacji jest zbyt krótki, by wydać o nim ostateczną ocenę.

W. Bross (Lwów).

Rak a wrzód trawienny. G. GOMORI. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/4. 1933.

Autor zwraca uwagę, że rak powstający na tle wrzodu trawiennego żołądka mimo znacznych różnic w statystykach nie jest taką rzadkością, jak naogół sądzono. U 90 chorych, operowanych w III Klinice Chirurgicznej w Budapeszcie spowodu przewlekłego wrzodu i raka żołądka, w 6 przypadkach autor stwierdził raka rozwijającego się wtórnie. Ponieważ raki, rozwijające się na tle wrzodu, początkowo nie dają wyraźnych objawów klinicznych i są zwykle rozpoznawane dopiero badaniem drobnowidowem, autor dochodzi do wniosku, podobnie jak większość innych chirurgów, że we wszystkich przypadkach przewlekłego wrzodu żołądka, wskazane jest postępowanie operacyjne jaknajbardziej doszczętne. *W. Bross* (Lwów).

Rak sutka u mężczyzn. J. B. GILBERT. Surg. Gyn. a. Obstr. LVII/4. 1933.

Zestawiając 47 przypadków raka sutka u mężczyzn, który stanowi 0.14% wszystkich raków spotykanych u mężczyzn, autor zastanawia się nad czynnikami przyczynowemi tego schorzenia. Ważną rolę w etjologii raka sutka, zdaniem autora, odgrywa uraz (29%), ginekomastja (19%), wreszcie przewlekłe zapalenia gruczołu piersiowego i guzy dobrotliwe. Przeciętna wieku chorych wahała się około 54 lat, a rak lewego sutka występował w materjale autora nieco częściej. Rokowanie w tem schorzeniu jest niepomyślne, gdyż tylko 5 chorych z 47 przeżyło więcej niż 5 lat. Jako zasadę postępowania leczniczego poleca autor jaknajwcześniejsze leczenie operacyjne z następowem naświetlaniem energją promienistą. *W. Bross* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 3 października 1934 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Makower przedstawił przypadek *purpura athrombopenica probab. rheumatica.* Chora 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala zachorowała na ciężką anginę, po tygodniu powstało obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność stawów rąk i nóg, nieco później wystąpiła na całem ciele pokrzywka. Podczas cofania się jej zaczęły występować wybroczyny, głównie na twarzy, dolnej części tułowia i kończynach. Wybroczyny występowały kilkakrotnie, ostatnio tylko na nogach. Są różnej wielkości i kształtu, częściowo zlewające się, bardzo obfite, gdzieniegdzie wyniosłe, po kilku dniach spłaszczają się. We krwi stwierdzono przeszło 300.000 płytek, leukopenję ze względną limfocytozą. Objaw opaskowy bardzo wybitnie dodatni. Krzepliwość krwi, czas krwawienia i kurczliwość skrzepu normalne. Przypadek jest demonstrowany ze względu na bardzo znaczną rozległość i wielkość plam oraz na wyjątkowo silny objaw opaskowy; etjologja nie jest zupełnie jasna, prawdopodobnie gośćcowa; za uczuleniowym charakterem plamicy przemawiałyby zmiany pokrzywkowe i obraz hematologiczny.

W dyskusji: Kol. Sonenberg przypuszczał, że jest to rumień wysiękowy wielopostaciowy, na kończynach dolnych — guzowaty.

Kol. Klinger podtrzymywał również rozpoznanie: rumień wysiękowy wielopostaciowy.

Kol. Makower *odpowiedział,* broniąc rozpoznania *purpura athrombopenica.* Niektóre wykwity przypominają rumień wysiękowy wielopostaciowy, którego etjologja wiąże się z gośćcem.

2. Kol. Dynkiewicz i kol. Justman: *„Napady padaczkowate w przebiegu stwardnienia rozsianego".* (2 przypadki z Oddziału Dr. Frenkla).

Napady padaczkowe u chorych na stwardnienie rozsiane należy uważać nie jako jednostkę nozologiczną, istniejącą obok stwardnienia rozsianego, a więc nie jako padaczkę swoistą, ale jako objaw tego organicznego schorzenia układu nerwowego. Badania kliniczne (Redlich) oraz anatomo-patologiczne wykazały, że w takich przypadkach znajduje się ogniska sklerotyczne w korze mózgowej (sekcyjny przypadek Gussenbauera). Napady padaczkowe mogą być pierwszym zwiastunem stwardnienia rozsianego lub występują w przebiegu rozwiniętego cierpienia. Ostatnio zaobserwowano w szpitalu dwa takie przypadki.

I. Chora 35 lat, panna. Od roku ogólnie osłabiona, drętwienie kończyn dolnych. Trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala napad kurczów tonicznych lewej dłoni, rozpoczynających się od dużego palca i przechodzących na pozostałe palce, przedramię oraz ramię. Brak utraty przytomności. Napad trwał 10 minut. Dwa dni przed przybyciem do szpitala takież dwa napady. W szpitalu stwierdzono: oczopląs przy patrzeniu w boki, dysmetrja przy próbie palcowo-nosowej; zniesienie odruchów brzusznych, odruchy kolanowe polikinetyczne; Bab. i Ros. ujemne. Mocz — normalny; Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Dno oka prawidłowe.

II. Chory lat 26. Zawsze był zdrów. Na ulicy nagle dostał kurczów klonicznych w obrębie lewej kończyny górnej oraz dolnej gałązki nerwu twarzowego, poczem wystąpił niedowład lewych kończyn. W szpitalu stwierdzono nazajutrz oczopląs przy patrzeniu w boki, niedowład dolnej gałązki n. twarzowego, zbaczanie języka w lewo, niedowład lewej kończyny górnej, zniesienie odruchów brzusznych; Bab. i Ros. ujemne. Mocz — normalny. Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Dno oka normalne. Znaczna poprawa po cylotropinie. Obecnie niedowład lewej kończyny górnej. Napady padaczkowe występują, jako zespół w stwardnieniu rozsianem dość rzadko, jeżeli jednak ujawniają się po raz pierwszy w wieku od lat 20 do 30, należy obok kiły, nowotworów mózgu pamiętać również i o stwardnieniu rozsianem, jako możliwej przyczynie ataków.

W dyskusji: Kol. Frenkiel. O ile napady padaczkowate występują u osobników dorosłych po raz pierwszy w życiu bez istnienia ich w dzieciństwie, przypuszczać należy zmiany organiczne w ośrodkach nerwowych (kiłę, nowotwory, stwardnienie rozsiane).

Kol. Ładyński zapytuje, czy istnieją obecnie nowe poglądy na etjologię stwardnienia rozsianego, miałoby to bowiem znaczenie przy przyznawaniu renty inwalidzkiej żołnierzom.

Kol. Dynkiewicz. W sprawie etjologji stwardnienia rozsianego istnieje dużo teoryj, żadna jednak nie jest przekonywująca; w ostatnich czasach przytaczają związek z gruźlicą, co też nie jest dowiedzione. Służba wojskowa może cierpienie to sprowokować, lecz nie może być jego przyczyną.

Kol. Frenkiel. Istotnej etjologji stwardnienia rozsianego nie znamy, o ile wystąpi ono po jakimś urazie w czasie służby wojskowej, należy uznać związek ze służbą.

3. Kol. Kokotek wygłosił odczyt p. t.: *„Przyczynek do kliniki skazy krwotocznej".* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol.: Dawidowicz, Makower, Kryszek, Łagunowski, Szyfman i prelegent.

Kol. Makower. Podział plamic jest rozmaity u różnych autorów, zorjentowanie się w poszczególnych przypadkach bywa niekiedy bardzo trudne. Poglądy Glaumana nie zostały powszechnie przyjęte. Przypadek prelegenta jest niezupełnie jasny, ponieważ wystąpiła w nim *thrombopenia,* która nie należy do obrazu *purpura anaphylactoides.*

Kol. Kryszek zapytuje, czy były stosowane eletonina i wapń; interesujące byłyby porównawcze badania chemizmu krwi po zastosowaniu tych leków, nie uważa za szczęśliwe (dotyczy to nietylko omawianego schorzenia) nazywanie schorzenia „samoistnem" tylko dlatego, że bliżej jest nieznany czynnik chorobotwórczy.

Kol. Łagunowski. Trudno bywa ściśle odgraniczyć *purpura anaphylactoides* od *purpura rheumatica,* czy *purp. toxica.* To są tylko postacie jednej i tej samej grupy angiopatycznej. Wysypki krwotoczne angiopatyczne tem się różnią od grupy wysypek trombopenji, że w pierwszych przedewszystkiem wysuwają się na plan pierwszy zmiany w stanie naczyń, w drugich zmiany we krwi, aczkolwiek i w przypadkach *purpura anaphylactoides* mogą, ale nie muszą, zachodzić zmiany we krwi. W przypadku, opisanym przez prelegenta stwierdzono: leukopenję, eozynofilję i zmniejszenie ilości trombocytów, co jest więcej charakterystyczne dla trombopenji. Zmiany skórne nie stanowią również jedynych objawów w zespole plamicy anafilaktoidalnej. Wogóle, niezależnie od podziału skaz krwotocznych, wprowadzonego przez szereg autorów z Frankiem na czele, są często przy-

padki, gdzie jest bardzo trudno, na zasadzie istniejących poglądów i przebiegu cierpienia, ściśle określić, z jaką postacią ma się do czynienia. Mam na myśli tylko wysypki typu angiopatycznego, a więc takie, gdzie jednocześnie z plamicą może być i rumień wysiękowy wielopostaciowy lub pokrzywka krwotoczna. W przypadku prelegenta uważałbym wykwit na twarzy za sprawę zapalną, wywołaną tą samą przyczyną, która wywołała całą osutkę. Etjologja tych plamic nie jest dokładnie znana. Co do patogenezy istnieje szereg teoryj; anafilaktyczna, toksyczna, nerwowa i biochemiczna. Przypuszczać należy, iż każdy wstrząs (bądźto toksyczny, bądźto anafilaktyczny, czy też alergiczny lub środek farmakodynamiczny) może wywołać zmiany we krwi i w stanie naczyń. Należałoby przyjść do wniosku, iż są ustroje swoiście skłonne do tych zmian i decydujące znaczenie ma tu układ naczyniowo-ruchowy.

Protokół posiedzenia w dniu 17 października 1934 roku.

1. Kol. Uryson omawia *przypadek zatrucia pokarmowego* (z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala Poznańskich), z kolejnemi zmianami w różnych narządach, a mianowicie w żołądku, trzustce, wątrobie i w nerkach. Rozbiór tego przypadku dąży do wyjaśnienia szeregu zagadnień z patologji trzustki i wątroby, zwłaszcza zaś kwestji wpływu trzustki na przemianę tłuszczową ustroju, zagadnienie diastazy oraz zależności schorzeń trzustki od schorzeń wątroby. (Przeznaczone do druku).

Kol. Banasz zapytuje, jaki wpływ mają wymioty na zwiększenie się ilości mocznika we krwi.

2. Kol. Bornsztajn (jako gość z Warszawy) wygłosił odczyt p. t.: *„Mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych reaktywnych"*.

W dyskusji zabierał głos kol. R. Bornstein.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 24 października 1934 roku.

1. Kol. Szyman i kol. S. Keilson wygłosili referat p. t.: *„O konieczności ścisłej współpracy między rentgenologiem a klinicystą"*.

Kol. Szyman. Prelegent omawia postępy poczynione w ciągu ostatnich lat w dziedzinie rentgenodiagnostyki, określa stosunek starszej i młodszej generacji klinicystów do badań rentgenologicznych i podczas gdy starzy klinicyści nie doceniali Roentgena, młoda generacja wpadła w drugą krańcowość — przecenianie Roentgena i zaniedbywania innych metod rozpoznawczych. Klinika i Roentgen muszą się wzajemnie uzupełniać i wspólnemi siłami dążyć do wczesnego ustalenia rozpoznania; prelegent przytacza szereg przypadków szpitalnych z dziedziny nowotworów płuc, świadczących o tem, że tylko uwzględnienie wszystkich metod rozpoznawczych klinicznych, laboratoryjnych i rentgenologicznych umożliwia właściwe rozpoznanie: w niektórych z tych przypadków rolę dominującą dla ustalenia rozpoznania odegrał Roentgen, w innych ścisłe spostrzeganie kliniczne umożliwiło rozpoznanie w braku danych rentgenologicznych. Prelegent przytacza zdanie Asmana, jako wybitnego klinicysty i rentgenologa, które brzmi jak następuje: „nie uważamy rentgenodiagnostyki za dział zupełnie samowystarczalny, lecz za część składową klinicznych sposobów badania, równorzędną z pozostałemi metodami, choć mającą nad niemi przewagę pod niektóremi względami; rozwiązanie zadań rozpoznawczych wymaga stosowania wszystkich tych metod w ich całokształcie".

Kol. S. Keilson. Referent teoretycznie i doświadczalnie udowadnia niezbędność znajomości zasad t. zw. rentgenologji ogólnej (w zakres której wchodzą fizyka rtg., chemja i fotochemja, anatomja rtg., fizjologja rtg., patologja rtg.), bez której porozumiewanie się klinicysty z rentgenologiem jest niemożliwe.

Na podstawie zasad rentgenologji ogólnej zbudowany jest analityczny sposób badania obrazów rtg. w przeciwieństwie do sposobu statystycznego. Sposób statystyczny polega na porównywaniu wyników badań rtg. z rozpoznaniem klinicznem. Sposób analityczny stara się wyjawić rentgenologicznie cechy tkanki patologicznej, wychodząc z zasad rentgenologji ogólnej.

Rentgenologja ogólna określa wreszcie granice możliwości przyczynowego rozpoznania z obrazu rentgenologicznego.

Referent demonstruje szereg zdjęć z dziedziny nieżytu oskrzeli, zastoiny, policytemji, bronchopneumonji, gruźlicy, promienicy, nowotworów płuc i blastomykozy, ażeby wykazać podobieństwo obrazów rtg. w różnych schorzeniach i niezbędność stałego wzajemnego porozumiewania się klinicysty z rentgenologiem.

Wkońcu referent — na zasadzie pokazanych przeźroczy — podkreśla następującą obecnie zmianę w poglądach na ocenę nacieczeń płucnych gruźliczych i bronchopneumonicznych. Nacieczenia te — zarówno płaszczyznowe, jak i rozsiane — mogą zniknąć w stosunkowo krótkim czasie albo też pozostać na czas bardzo długi, niezależnie od tego, jaki zarazek je wywołał. Jest to zagadnienie, które wymaga dokładnego opracowania.

W dyskusji zabierał głos kol. J. Kon.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

NEKROLOGJA.

John James Rickard Macleod 1876—1935.

Zmarły przedwcześnie uczony położył wielkie zasługi przy badaniu chemji cukrów w ustroju i wraz ze szkołą w Torento przyczynił się do ustalenia działania insuliny w chorobie cukrowej. Początkowe jego badania dotyczyły krążenia krwi w mózgu i choroby z nadciśnienia powietrza (kesonowej), potem dopiero chemja oddychania i spalania cukrów w ustroju stała się jego wyłączną dziedziną. Ogłosił z tego zakresu liczne prace i dzieła. Dzielił z Bantingiem nagrodę Nobla (1923), której połowę ustąpił Collipowi i Bestowi, bo tylko wspólna praca („praca załogi", jak się wyraził) mogła do wynalazku doprowadzić. Urodzony w Szkocji (Cluny), studjował w Uniwersytecie Aberdeen, potem od 1903 r. do końca życia wykładał w Torento (Kanada). W roku 1928 Uniwersytet w Aberdeen dał mu tytuł profesora *„regius"* fizjologji.

W. M.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Naczelna Izba Lekarska rozesłała do okręgowych izb lekarskich arkusze dla zebrania podpisów członków. Arkusze ujęte w ozdobne teki zostaną złożone w Belwederze.

Spowodu śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego zrzeszenia lekarskie we Lwowie wzięły udział w ogólnej żałobie.

Izba Lekarska odbyła żałobne posiedzenie, na którem prezes Izby wygłosił przemówienie. — Imieniem członków Izby złożył kondolencję Rządowi w Urzędzie Wojewódzkim we Lwowie i spełniając uchwałę zarządu wysłał depeszę kondolencyjną do Prezydjum Rady Ministrów. W dniu uroczystego obchodu żałobnego we Lwowie członkowie Izby wzięli gremjalny udział w pochodzie.

Tow. Lek. Lwowskie, oraz Tow. Lekarzy Polskich odbyło żałobne posiedzenie, na którem Prezesi obu Towarzystw Doc. Dr. W. Czernecki i Prof. Dr. R. Rencki wygłosili przemówienia żałobne a nadto imieniem Towarzystw wysłali depesze kondolencyjne do Ministra Opieki Społecznej, poczem posiedzenie na znak żałoby zamknięto.

W kwietniu b. r. odbyły się następujące posiedzenia w Tow. Lek. Krakowskiem: 3. IV. Dr. F. Eisenberg: „O zakażeniu bezobjawowem Część I.". 10. IV. Posiedzenie poświęcone sprawie Morszyna-Zdroju z nast. wykładami: Prof. Dr. W. Koskowski (Lwów): „Działanie produktów morszyńskich na ustrój". Prof. Dr. R. Rencki (Lwów): „Morszyn-Zdrój, jego rozwój i potrzeby w najbliższej przyszłości". Prof. Dr. W. Nowicki (Lwów): „Propaganda Morszyna ważnym warunkiem dla jego przyszłego rozwoju". 24. IV. Posiedzenie wspólne z Walnem Zebraniem Polskiego T-wa Balneologicznego. — Program na maj przedstawia się następująco: 1. V. Dr. M. Blassberg: „Paweł Ehrlich i jego znaczenie dla medycyny". Dr. B. Kupczyk: „Technika i wskazania półkąpieli". 8. V. Pokaz przypadku wągrzycy mózgu z Oddz. VI. Szpitala św. Łazarza. Dr. F. Eisenberg: „O zakażeniu bezobjawowem Część II.". 15. V. Pokazy z Oddziału Neurologicznego Szpitala im. G. Narutowicza — Ordynator: Doc. Dr. Brzezicki. Pokazy z Kliniki Dermatologicznej U. J.: Dyrektor Prof. Dr. Walter. 22. V. Prof. Dr. M. Gieszczykiewicz: „O możliwościach wojny bakteryjnej". 29. V. Dr. Otolski (Warszawa): „Frontem do własnego przemysłu farmaceutycznego".

XVI Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego odbyło się dnia 28 kwietnia 1935 r. w Warszawie przy udziale około 200 delegatów z całego kraju i w obecności przedstawicieli Min. Opieki Społecznej, Komisarjatu Rządu m. Warszawy, Naczelnej Izby Lekarskiej i Za-

kładu Ubezpieczeń Społecznych. Zebranie zagaił prezes Zarządu Głównego Dr. K. Okolski, proponując na przewodniczącego Dr. B. Misjona z Łodzi, prezesa Okręgu Łódzkiego Związku. W Prezydjum Zebrania zasiedli, jako asesorzy: Prof. Dr. Marcin Zieliński, prezes Okręgu Krakowskiego, Dr. Edward Hanke, prezes Okręgu Śląskiego, Dr. Wacław Drożdż, prezes Okręgu Lubelskiego, Dr. Roman Konkiewicz, b. prezes Okręgu Wielkopolskiego, Naczelnik Izby Lek. Poznańsko-Pomorskiej, oraz Dr. Edward Jabłoński, prezes Obwodu Warszawskiego, — jako sekretarze: Dr. Stefan Świątecki, prezes Obwodu Bydgoskiego i Dr. Antoni Wierzbicki, sekretarz Obwodu Warszawskiego. Porządek dzienny Zebrania został całkowicie wyczerpany. Po dyskusji nad sprawozdaniem Zarządu Głównego, które złożył prezes Dr. K. Okolski, udzielono Zarządowi absolutorjum, zatwierdzono bilans na 1. I. 1935 oraz przyjęto budżet Zarządu Głównego na rok 1935. Wnioski Zarządu Głównego, przedstawione przez sekretarza generalnego, Dr. J. Załuskę, zostały przez Zebranie z nieznacznemi zmianami przyjęte. Walne Zebranie dokonało wyboru 1/3 członków wylosowanych Zarządu Gł., który obecnie stanowią: Dr.: Okolski Konrad — prezes, Kaszubski Tadeusz i Turski Antoni — wiceprezesi, Mitkus Witold — sekretarz, Metelski Norbert — skarbnik, Hryniewiecki Stanisław, Krenicki Józef, Le Brun Henryk, Rajgrodzki Norbert, Rudzki Przemysław, Stefański Wacław — Warszawa, oraz Robak Antoni (Kraków), Alkiewicz Tadeusz (Poznań), Budzyński Bolesław (Sosnowiec), Drożdż Wacław (Lublin), Konkiewicz Roman (Poznań), Koszutski Bronisław (Kalisz), Landau Jan (Kraków), Lipiński Włodzimierz (Łuck), Misjon Bolesław (Łódź), Piasecki Witold (Włocławek), Prof. Safarewicz Aleksander (Wilno), Strzoda Jan (Królewska Huta), Walichiewicz Tadeusz (Lwów), Węgrzynowski Lesław (Lwów), Wiecki Czesław (Bydgoszcz), Prof. Zieliński Marcin (Kraków). W czasie Zebrania zabierali, między innymi, głos przedstawiciel Izby Lekarskiej Dr. A. Szwarc, oraz Dyrektor Naczelny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych p. Lgocki i Dyrektor Funduszu Leczniczego Zakładu Dr. Wąsowicz. W związku z przemówieniem Dyrektora Lgockiego Walne Zebranie rozwinęło ożywioną dyskusję, w której wysunięto szereg zarzutów w stosunku do administracji Ubezpieczalni Społecznych. Zarzuty te znalazły swój wyraz w uchwałach Walnego Zebrania. Przed zamknięciem Zebrania uchwalono podziękowanie dla Dr. Misjona za sprężyste prowadzenie obrad. Zebranie zamknięto o godzinie 19-tej.

W dniu 30 marca 1935 r. Walne Zgromadzenie Zjednoczenia Lekarzy wybrało nowy Zarząd, który ukonstytuował się w następujący sposób: Dr. Chrapowicki Tadeusz — prezes; Dr. Kroszczyński Stanisław, Dr. Juraszyński Zbigniew — wiceprezesi; Dr. Serafiński Tadeusz — skarbnik; Dr. Zakrzewski Wojciech — sekretarz; Dr. Rutkiewicz Jan — kierownik sekcji społecznej; Dr. Odrzywolski Witold — kierownik sekcji propagandowej i referatowej; Dr. Rozenówna — delegat do Koła Medyków; Dr. Balińska Aleksandra — kierownik sekcji towarzyskiej; Dr. Lejmbachówna Zofja, Dr. Niedzielski Henryk i Dr. Pietrasiewicz Adam — członkowie Zarządu.

Różne.

Z kraju.

Kurs dokształcający dla lekarzy w Krakowie, przygotowany przez Wydział Lekarski U. J. nie doszedł do skutku spowodu zbyt szczupłej liczby zgłoszeń uczestników.

Włochy.

We Włoszech starają się obecnie zastąpić tran wieloryba tranem tuńczyka-ryby, żyjącej w morzach południowych.

Dzień Podwójnego Krzyża (walki z gruźlicą) obchodzono uroczyście 14 kwietnia b. r. w całem państwie włoskiem z inicjatywy rządu włoskiego, przy udziale całego narodu, który z entuzjazmem uczestniczył w zbiórce publicznej na cele walki z najgroźniejszą chorobą społeczną.

14 kwietnia b. r. odbył się I zjazd kardjologów włoskich w Medjolanie. Referaty programowe na temat zmian anatomicznych naczyń wieńcowych serca i objawów sercowych wygłosili: A. Cesare, Demel i Cesare Pezri. Szkoły medycyny włoskiej były godnie reprezentowane przez następujących profesorów: N. Pende z Genui, S. Baglioni z Rzymu, Greppi z Katanji, Zagari z Neapolu, Ferrata z Padwy i wielu lekarzy, przybyłych z całych prawie Włoch. (Santo Vanasia).

Konkursy.

Polski Zw. Przeciwgruźliczy ogłasza konkurs na opracowanie: Instrukcji o sposobach odkażania bieżącego i końcowego przy gruźlicy zaraźliwej. 1. Instrukcja winna być opracowana przystępnie, z uwzględnieniem szczególnie odkażania mechanicznego pomieszczeń i przedmiotów i jaknajprostszego odkażania wydalin chorego. 2. Instrukcja winna nadawać się do jaknajszerszego rozpowszechnienia w postaci broszury, obejmującej nie więcej niż 16 stron druku formatu ósemki. 3. Termin składania prac konkursowych upływa z dniem 31 grudnia 1935 r. Prace, pisane o ile to możliwe na maszynie, należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, ul Karowa 31). 5. Nadsyłane prace winny być zaopatrzone godłem. W kopertach, oprócz pracy, winna znajdować się druga koperta zamknięta, również opatrzona godłem, a zawierająca nazwisko autora danej pracy. 6. Prace będą rozpatrzone przez Komisję Naukowo-Lekarską Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. 7. Za najlepsze prace będą udzielane nagrody: I — 500 zł, II — 300 zł, III — 200 zł. 8. Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Komunikaty.

Spowodu śmierci Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, posiedzenie naukowe Warsz. Tow. Lek., wyznaczone na dzień 14 maja r. b. zostało odwołane.

III Wszechrosyjski Kongres poświęcony fizjoterapji odbędzie się w dniach od 25—30 sierpnia 1935 r. w Odesie. Na tematy główne obrano: hiperergja i fizjoterapja ostre choroby zakaźne i fizjoterapja, wegetatywny układ nerwowy i fizjoterapja, krótkie fale w biologji i medycynie, następstwa po okaleczeniach i fizjoterapja, znaczenie skóry w mechanizmie zabiegów fizjoterapeutycznych. Tematy główne omawiają: prof. Brustein (Moskwa), prof. Anikin (Moskwa), prof. Nielsen (Sewastopol), prof. Broderson (Leningrad), prof. Plotnikow (Moskwa) i prof. Rachmanow (Moskwa). Bliższych informacyj udziela prof. S. A. Brustein, Moskwa UdSSR, Serebrjanny pereul. 5, mieszkanie 7. Gościom zagranicznym zaleca się zwrócić w sprawach podróży i paszportów do biura podróży „Inturist", Warszawa, ul. Mazowiecka 11.

Redakcja otrzymała:

W. Mikulowski: Appendicite chronique et syphilis congénitale chez l'enfant. Odb. z „Arch. de Méd. des Enfants". T. 38. Nr. 3. 1935.

Karol v. Hofe: Einführung in die Augenheilkunde. Wyd. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń. 1935.

R. A. Pfeifer: Kreislauf und Hirntuberkulose. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1935.

A. Grollman: Schlagvolumen und Zeitvolumen des gesunden und kranken Menschen. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1935.

M. Faure-Beaulieu i *Robert Cahen:* Néphrites toxiques aiguës. Wyd. G. Doin, Paryż 1935.

Pamiętnik Kliniczny Szpitala św. Łazarza. T. III. Z. 1. 1933.

Bericht über die achte Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung zu Wiesbaden vom 24 bis 29 März 1935. Odb. z „Zeitschr. f. Kreislaufforschung". 27. Nr. 9. 299 (1935).

H. Karner: Die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau. Wyd. W. Maudrich. Wiedeń. 1935.

J. Čižek: Laboratorni diagnostika zhoubných nádoru. Nakl. Czeskiej Spółki Lekarskiej. Praga. 1935.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.